



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Programa de Doutorado Interinstitucional em Enfermagem -
UFSC/UFPA/CAPES**

VERA LÚCIA DE AZEVEDO LIMA

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES “PAROARAS”:
contribuições para a Enfermagem**

**Florianópolis/SC
2009**

VERA LÚCIA DE AZEVEDO LIMA

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES “PAROARAS”:
contribuições para a Enfermagem**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Orientadora:

Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza

**Florianópolis/SC
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

L732v Lima, Vera Lúcia de Azevedo
Violência contra mulheres "PAROARAS" [tese] :
contribuições para a enfermagem / Vera Lúcia de Azevedo
Lima ; orientadora, Maria de Lourdes de Souza. -
Florianópolis, SC, 2009.
252f.: grafs., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Mulheres. 3. Homicídio. 4. Meios de
comunicação. 5. Violência contra a mulher. 6. Cuidados de
enfermagem. I. Souza, Maria de Lourdes de. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

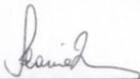
VERA LÚCIA DE AZEVEDO LIMA

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES “PAROARAS”:
contribuições para a Enfermagem**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Doutor em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em de 21 de setembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Flávia Souza Ramos
Coordenadora do Programa

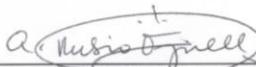
BANCA EXAMINADORA:



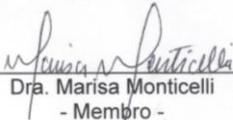
Dra. Maria de Lourdes de Souza
- Presidente -



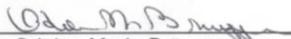
Dra. Isília Aparecida Silva
- Membro -



Dra. Maria Antonieta Rúbio Tyrrel
- Membro -



Dra. Marisa Monticelli
- Membro -



Dra. Odealea Maria Brüggemann
- Membro -

Dra. Vera Radünz
- Suplente -

Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha
- Suplente -

Dedico este trabalho à minha mãe querida Maria dos Anjos, pelo incentivo durante toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Ao meu esposo José Fernando de Lima e ao meu filho querido Yan Fernando Azevedo de Lima pelo amor e compreensão.

Aos Familiares, o apoio.

Aos Amigos, o incentivo.

À Prof^a. Dra. Maria de Lourdes de Souza, minha querida orientadora e amiga, por ter sido um exemplo de profissional e de mulher, com experiência e dedicação me guiou, orientou muitas horas de estudos e potencializou a minha formação profissional e acadêmica.

Ao Prof. Dr. Alex Bolonha Fiúza de Mello, então Reitor da UFPA, por ter investido no convênio DINTER/UFPA/UFSC/CAPES que me possibilitou a formação neste Doutorado.

Aos Professores e Servidores da Universidade Federal do Pará (UFPA)/Instituto de Ciências de Saúde/Faculdade de Enfermagem pela confiança.

Aos amigos e amigas da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSMCP) pela amizade.

Aos Professores do Centro Universitário do Pará (CESUPA)/Curso de Enfermagem pelo apoio.

Aos Servidores da Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado do Pará/ Coordenação de Vigilância à Saúde/Departamento de Epidemiologia pelo suporte à coleta de dados.

Aos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Belém pelo suporte à coleta de dados.

Aos Professores e demais integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando PEN/UFSC, pelo convívio e troca de experiências.

Aos Professores, Funcionários e Colegas do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC pelo acolhimento.

Aos Membros da Comissão Examinadora, por participarem desse processo me incentivando a prosseguir estudando.

Agradeço ao trabalho profissional de...

Mariseth Carvalho de Andrade, estatística;

Paulo Scarduelli, revisão de português;

Maria Isabel Garrido, versão dos resumos para o espanhol;

Wayne Steven Farley, versão dos resumos para o inglês;

Bibliotecário Carlos Alberto Leal da Costa, revisão bibliográfica e formatação da tese;

Carlos Benedito de Marinho de Souza, Marília de Fátima Vieira de Oliveira, Carlos Alberto L. da Costa, Odaléa Maria Bruggemann, Marisa Monticelli, Maria de Lourdes de Souza, parceiros do Artigo I da tese;

Júlia Raquel Alves Rodrigues, Coordenadora do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) pelo suporte a coleta de dados junto a Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA);

Fabiane Neves e Fabiane Ribeiro, estudantes que participaram da coleta de dados.

LIMA, Vera Lúcia de Azevedo. **Violência contra mulheres “Paroaras”**: contribuições para a Enfermagem. 2009. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientador: Dra. Maria de Lourdes de Souza

Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Neste estudo são analisadas as violências contra mulheres “paroaras” residentes em Belém e as implicações para o cuidado de enfermagem. O estudo foi fundamentado no Método Epidemiológico e na Análise de Conteúdo, com a abordagem quantitativa e qualitativa. Foi desenvolvido a partir das matérias publicadas em um jornal regional - O Liberal, do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil (SIM/MS) e de referências bibliográficas. Elegeu-se a forma de artigos para apresentação dos resultados do estudo. No primeiro artigo, Violências contra mulheres amazônicas, são apresentadas as barbaridades como o esquartejamento, cortes profundos na região do pescoço, abertura de abdômen com exposição de vísceras e retirada de feto, além da introdução de madeira em órgãos genitais. E, também, que as mulheres foram submetidas à violência sexual desde a infância até a idade adulta. No segundo, Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém: Estudo exploratório, foi encontrado que das 15.523 mortes de mulheres, as Agressões ocuparam a vigésima nona posição no conjunto das causas letais. Calculado e aplicado o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), a ordenação das causas letais foi modificada e as agressões passaram a ocupar a décima terceira posição, subindo dezesseis posições na ordenação das causas letais. No terceiro, Homicídios contra mulheres “paroaras” residentes em Belém: Estudo exploratório, dentre os 581 óbitos por causas externas, 19,4% foi homicídio. Das mulheres vítimas de homicídio, 31,9% encontravam-se com idade compreendidas entre 20 à 29 anos, 76,1% eram solteiras, 40,7% tinham de 4 a 7 anos de estudos e 55,8% dos homicídios foram perpetrados com disparo de arma de fogo. No quarto artigo, Mulheres “paroaras” e violência: Anos potenciais de vida perdidos em homicídios, no conjunto das causas externa com 19.727 Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), os homicídios ocuparam a segunda posição na ordenação das causas externas de morte com 5.459 APVP. O homicídio por arma de fogo resultou em 3.059 anos de vida potencialmente perdidos. O quinto, Violência contra a mulher: implicações para o cuidado de enfermagem, Estudo de revisão integrativa, cuja exploração temática foi realizada com suporte da análise de conteúdo e da Teoria de Horta, resultou na identificação de que a violência contra a mulher afeta todas as necessidades humanas básicas e que o cuidado de enfermagem pode ser aplicado a partir dessa teoria. Apesar da violência física não estar entre as cinco principais causas de morte em mulheres acarreta um impacto no conjunto das causas letais. A

morte de mulheres produtivas e a sua importância como problema social, político e de saúde pública, requer planejamento de ações de controle, prevenção e redução da mortalidade por homicídio. O cuidado de enfermagem é uma das estratégias para a mulher superar a dor, o medo, a vergonha, as doenças associadas à violência e encontrar caminhos para satisfazer as suas necessidades humanas básicas que foram comprometidas pela violência e, com isso, também prevenir e/ou reduzir os homicídios.

Palavras-chave: Mulheres; Meios de Comunicação; Violência contra a Mulher; Anos Potenciais de Vida Perdidos; Homicídio; Cuidados de enfermagem.

LIMA, Vera Lúcia de Azevedo. **Violence against "Paroara"**: women contributions to nursing. 2009. 253p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Advisor: Dra. Maria de Lourdes de Souza

Line of Research: Care and Process of Living, Being Healthy, and Getting Sick.

SUMMARY

In this study, violence against "paroara" women residents of Belém and the implications for nursing care are analyzed. The study was based on the epidemiological method and on content analysis with the quantitative and qualitative approach. It was developed starting from articles published in a regional newspaper - The Liberal, of the Mortality Information System (MIS) of the Ministry of Health of Brazil (MIS/MS) and from bibliographical references. The article form was chosen for presentation of the results of the study. In the first article; Violence Against Amazon Women, the atrocities are presented as quartering, deep cuts in the region of the neck, opening of the abdomen with exposure of entrails and removal of the fetus, besides the introduction of wooden objects into genital organs. And, also, that women were subjected to sexual violence from childhood to adulthood. In the second article; Violent Deaths in "paroara" Women Residents of Belém: Exploratory Study, it was found that of the 15.523 deaths of women, aggressions occupied the twenty-ninth position in the group of 'lethal causes'. After calculating and applying the Potential Years of Life Lost (PYLL) indicator, the order of lethal causes was modified, and aggressions started to occupy the thirteenth position, moving up sixteen positions in the order of lethal causes. In the third article; Homicides Against "paroara" Women Residents of Belém: Exploratory Study, among the 581 deaths from external causes, 19,4% were homicides. Of the women homicide victims, 31,9% were within the age group of 20 to 29 years, 76,1% were single, 40,7% had from 4 to 7 years of education, and 55,8% of the homicides were perpetrated by gunshot. In the fourth article; "Paroara" Women and Violence: Potential Years of Life Lost in Homicides, in the group of external causes with 19.727 Potencial Years of Life Lost (PYLL), homicides occupied the second position in the order of external causes of death with 5.459 PYLL. Homicide by firearm resulted in 3.059 PYLL. The fifth article; Violence Against Women: Implications For Nursing Care: Integrative Review Study, whose thematic exploration was accomplished with support of content analysis and Horta's Theory, resulted in the identification that violence against women affects all the basic human needs and that nursing care can be applied starting from that theory. In spite of physical violence not being among the five principal causes of death in women creates an impact on the group of lethal causes. Death of productive women, and its importance as a social, political, and public health problem, requires planning of control action, with prevention

and reduction of death by homicide. Nursing care is one of the strategies for women to overcome the pain, fear, shame, and diseases associated with violence, and to find the means to provide for their basic human needs that were compromised by violence and, with that, also to prevent and/or reduce homicides.

Keyword: Women; Means of Communication; Violence Against Women; Potencial Years of Life Lost; Homicide; Nursing Care.

LIMA, Vera Lúcia de Azevedo. **Violencia contra mujeres “Paroaras”**: contribuciones para la Enfermería. 2009. 243p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientador: Dra. Maria de Lourdes de Souza

Línea de Investigación: El Cuidado y el Proceso de vivir, ser saludable y enfermarse.

RESUMEN

En este estudio son analizadas las violencias contra mujeres “paroaras” residentes en Belém y las implicaciones para el cuidado de enfermería. El estudio fue fundamentado en el Método Epidemiológico y en el Análisis de Contenido, con el abordaje cuantitativo y cualitativo. Fue desarrollado a partir de las materias publicadas en un periódico regional – O Liberal, del Sistema de Información de Mortalidad del Ministerio de Salud de Brasil (SIM/MS) y de referencias bibliográficas. Se escogió la forma de artículos para presentación de los resultados del estudio. En el primer artículo, Violencias contra mujeres amazónicas, son presentadas las barbaridades como el descuartizamiento, cortes profundos en la región del cuello, abertura de abdomen con exposición de vísceras y retirada de feto, además de la introducción de madera en órganos genitales. Y, también, que las mujeres fueron sometidas a violencia sexual desde la infancia hasta la edad adulta. En el segundo artículo, Muertes violentas en mujeres “paroaras” residentes en Belém: Estudio exploratorio, fue encontrado que de las 15.523 muertes de mujeres, las Agresiones son las que ocuparon la vigésima nona posición en el conjunto de las causas letales. Calculado y aplicado el indicador Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), la ordenación de las causas letales fue modificada y las agresiones pasaron a ocupar la décima tercera posición, subiendo dieciséis posiciones en la ordenación de las causas letales. En el tercer artículo, Homicidios contra mujeres “paroaras” residentes en Belém: Estudio exploratorio, de entre los 581 óbitos por causas externas, 19,4% fueron homicidios. De las mujeres víctimas de homicidio, 31,9% se encontraban con edad comprendidas entre 20 a 29 años, 76,1% eran solteras, 40,7% tenían de 4 a 7 años de estudios y 55,8% de los homicidios fueron perpetrados con disparo de arma de fuego. En el cuarto artículo, Mujeres “paroaras” y violencia: Años potenciales de vida perdidos en homicidios, en conjunto de las causas externas con 19.727 Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), los homicidios ocuparon la segunda posición en la ordenación de las causas externas de muerte con 5.459 APVP. El homicidio por arma de fuego tuvo un resultado de 3.059 años de vida potencialmente perdidos. El quinto artículo, Violencia contra la mujer: Reflexión sobre las implicaciones para el cuidado de enfermería, presenta reflexión sobre el contenido de las bibliografías, a la luz de la Teoría de Horta, resultó en la identificación de que la violencia contra la mujer afecta a todas las necesidades humanas básicas y que

el cuidado de enfermería para ellas puede ser aplicado a partir de esa teoría. A pesar de la violencia física, no estar entre las cinco principales causas de muerte en mujeres, acarrea un impacto conjunto de las causas letales. La muerte de mujeres productivas y su importancia como problema social, político y de salud pública, requiere planeamiento de acciones de control, prevención y reducción de la mortalidad por homicidio. El cuidado de enfermería es una de las estrategias para que la mujer supere el dolor, el miedo, la vergüenza, las enfermedades asociadas a la violencia y encontrar caminos para satisfacer sus necesidades humanas básicas que fueron comprometidas por la violencia.

Palabras-clave: Mujeres; Medios de Comunicación; Violencia contra la Mujer; Años Potenciales de Vida Perdidos; Homicidios; Cuidados de enfermería.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APAV	- Associação de Apoio à Vítima
APVP	- Anos Potenciais de Vida Perdidos
BIREME	- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CEPSH	- Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CID 10	- Classificação Internacional de Doenças
COJE	- Centros de Orientação Jurídica e Encaminhamento
DATASUS	- Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DEVS	- Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde
DR	- Diário da República
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
FGC	- Corte Genital Feminino
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	- Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NHB	- Necessidades Humanas Básicas
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONGs	- Organizações Não-Governamentais
PCP	- Partido Comunista Português
PDS-PP	- Centro Democrático Social - Partido Popular
PEV	- Partido Ecológico Verde
OS	- Partido Socialista
PSD	- Partido Social Democrata
PUBMED	- Public Medical
SCIELO	- Scientific Electronic Library Online
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VCM	- Violência Contra a Mulher

SUMÁRIO

ORGANIZAÇÃO DA TESE	21
1 INTRODUÇÃO	23
2 A PERGUNTA DE PESQUISA, A TESE E OS OBJETIVOS	26
2.1 Perguntas de pesquisa.....	26
2.2 A Tese	26
2.3 Objetivos	26
2.3.1 Objetivo geral.....	26
2.3.2 Objetivos específicos.....	26
3 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	28
3.1 Conceito de violência.....	28
3.2 Causas da violência contra a mulher	36
3.3 A violência/os tipos de crimes.....	38
3.4 Consequências da violência.....	39
3.5 Cenário da violência.....	43
3.5.1 A violência contra a mulher no contexto mundial.....	43
3.6 Políticas Públicas para o controle da violência	47
3.7 A Enfermagem e a violência	49
4 METODOLOGIA	52
4.1 Processo operacional da pesquisa.....	52
4.1.1 Parte I - Abordagem qualitativa	52
4.1.2 Parte II – Abordagem quantitativa	55
4.1.2.1 Estudo de base epidemiológica	55
4.1.2.2 Estudo de revisão integrativa	57
4.2 Aspectos éticos.....	58
5 RESULTADOS.....	59
5.1 Artigo I – Violências contra mulheres amazônicas	59
5.2 Artigo II – Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório	74
5.3 Artigo III – Homicídios contra mulheres “paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório	98

5.4 Artigo IV – Mulheres “paroaras” e violência: anos potenciais de vida perdidos em homicídios	120
5.5 Artigo V - Violência contra a mulher: implicações para o cuidado de enfermagem	136
6 COMENTÁRIOS FINAIS	155
REFERÊNCIAS.....	159
APÊNDICES	167
APÊNDICE A – Tabela Distribuição da população por sexo nas diferentes faixas etárias, em Belém do Pará, Ano 2007.	168
APÊNDICE B – Violência contra mulheres amazônicas na mídia “paroara”: estudo exploratório	169
APÊNDICE C – Abstract submission to be considered for the 18th ICOWHI Congress (Pennsylvania - USA)	189
APÊNDICE D – Revista Latino-Americana de Enfermagem: Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais	190
APÊNDICE E – Revista Latino-Americana de Enfermagem: transferência de direitos autorais	191
APÊNDICE F – Revista Latino-Americana de Enfermagem: Declaração de Pesquisa em Seres Humanos.....	192
APÊNDICE G - Revista Ciência & Saúde Coletiva: Carta de solicitação de publicação e Declaração de transferências de direitos autorais.....	193
APÊNDICE H - Revista Saúde Pública da USP: Declaração de Responsabilidade	194
APÊNDICE I - Revista da Escola de Enfermagem da USP: Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais	195
ANEXOS.....	196
ANEXO A – Comunicações recebidas da RLAE sobre o artigo	197
ANEXO B – Notas do jornal para o Banco de Dados do Artigo I.....	198
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UFSC	200
ANEXO D – Revista Latino-Americana de Enfermagem: Instruções aos Autores.....	201
ANEXO E – Revista Ciência & Saúde Coletiva: Instruções aos Autores.....	216
ANEXO F – Revista OBJN – Online Brazilian Journal of Nursing: Author Guidelines.....	223

ANEXO G - Revista de Saúde Pública da USP: Instruções aos Autores	237
ANEXO H - Revista da Escola de Enfermagem da USP: Instruções aos Autores.....	244
ANEXO I – Comunicação recebida Submission to be considered for the 18th ICOWHI Congress (Pennsylvania - USA).....	252

ORGANIZAÇÃO DA TESE

Visando facilitar a leitura e a compreensão desta tese, a mesma foi dividida em oito partes.

Parte I - Introdução

Na introdução, são apresentadas considerações gerais sobre violência, mortalidade de mulheres por causas externas, os homicídios e a justificativa do trabalho.

Parte II - A pergunta de pesquisa, a tese e os objetivos

Nesta parte, são apresentadas as diretrizes que norteiam o conteúdo da pesquisa e o compromisso que representa em termos de contribuição científica.

Parte III - Referências contextuais e conceituais da violência contra a mulher

Nas referências contextuais e conceituais, são apresentados os conceitos, tipos, causas e consequências da violência contra a mulher. São apresentados, ainda, o Ciclo da Violência de Lenore Walker e o cenário da violência no mundo, bem como a Teoria de Wanda Horta.

Parte IV- Metodologia

Nesta parte, são informados o tipo da pesquisa, abordagem, técnica, as variáveis e os indicadores epidemiológicos.

Parte V - Resultados

A forma escolhida para a apresentação dos resultados desta pesquisa foi a de artigos científicos, observada a Instrução Normativa nº 1/2008 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Os artigos serão encaminhados para publicação, com a finalidade de difundir os resultados no contexto da comunidade científica e da sociedade em geral e, também, para facilitar o acesso pelos profissionais da área da saúde de diferentes partes do mundo. Assim o leitor poderá compreender que o tema violência contra as mulheres inclui vários subtemas, como os mencionados a seguir e que, cada um deles, representa um recorte sobre a violência e se constituirá em um artigo:

Violências contra mulheres amazônicas;

Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém:

Estudo exploratório;

Homicídios contra mulheres “paroaras” residentes em Belém:
Estudo exploratório;

Mulheres “paroaras” e violência: Anos potenciais de vida perdidos em homicídios; e

Violência contra a mulher: implicações para o cuidado de enfermagem.

Parte VI - Contribuições da pesquisa

Nas considerações finais, são apresentados comentários sobre os conteúdos tratados nos cinco artigos e sua aplicação para a prevenção e controle da violência contra as mulheres.

Parte VII - Referências

Parte VIII - Apêndices e Anexos

1 INTRODUÇÃO

No Estado do Pará, no ano de 2007, havia uma população total de 7.321.493 habitantes. Na capital do Estado, Belém, de seu total populacional de 1.424.124 habitantes, 751.040 (52,74%) eram mulheres. Do conjunto da população feminina, 49% se encontravam na faixa etária de 20 a 49 anos e 17% com idades compreendidas entre 10 e 19 anos. Ou seja, 66% das mulheres tinham idades compreendidas entre 10 e 49 anos (Apêndice A).

A população feminina desempenha um papel social fundamental na constituição e na manutenção da família, incluindo, além da concepção, os cuidados durante o crescimento dos filhos (ALBUQUERQUE et al., 1998).

A população de mulheres também tem sido associada a vários problemas sociais. Entre outros, o de vítima de violências.

A Organização Mundial da Saúde estima que, aproximadamente, 1,6 milhão de pessoas morra a cada ano, em decorrência da violência. É uma das principais causas de óbito na faixa etária de 15 a 44 anos na maioria dos países: corresponde a 14% dos óbitos no sexo masculino e a 7% dos óbitos no feminino (WHO, 2002, p. 3).

No Brasil, em 2003, 128.790 pessoas morreram por causas externas. Acidentes e violência foram a terceira causa de óbito na população, depois de doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. Os homicídios, violência interpessoal, perfizeram cerca de 40% dos óbitos por causas externas, com crescimento nas últimas décadas em todo o País (BRASIL, 2005).

Entre as diversas causas de morte de mulheres em idade reprodutiva, destacam-se as causas externas. No Brasil, elas se constituem na primeira causa de morte de mulheres de 15 até os 35 anos e ocupam o terceiro, ou até o segundo, lugar entre as causas de morte no grupo de 15 a 49 anos (CARDOSO; FAÚNDES, 2006).

As causas externas (acidentes e violência) correspondem aos códigos V01 a Y98 do capítulo XX da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e estão classificadas pelos seguintes grupos de causas: Acidentes de transporte (códigos V01-V99), Suicídios (códigos X60-X84), Causas de intenção indeterminada (códigos Y10-Y34), demais causas externas (códigos V01-Y98) e Homicídios (códigos X85-X84), incluídas as Intervenções legais (códigos Y35-Y36) (OMS, 1995).

No Brasil, no período entre 1996 e 2006, o número total de

homicídios registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM /DATASUS) passou de 38.888 para 46.660, o que representa o aumento de 20%, sendo superior ao crescimento da população, que foi de 16,3% nesse mesmo período. O número de homicídios, no ano de 2003, teve uma elevação em torno de 4,4%. Em 2004, houve redução no número de mortes por esta causa (BRASIL, 2008), diminuindo 5,2% em relação a 2003. Nos anos entre 2003 e 2006, as quedas anuais foram da ordem de 2,9%.

No Brasil, aproximadamente 60% dos homicídios (30.841) ocorreram em áreas metropolitanas. Na análise por macrorregião, é necessário considerar a importante subnotificação dos óbitos para as Regiões Norte e Nordeste. Em 2003, a razão de óbitos informados e estimados na Região Norte ficou em 75%, e na Região Nordeste, em 70% (SOARES FILHO et al., 2007).

Foram investigadas as mortes de mulheres de 10 a 49 anos em Campinas, São Paulo, e os autores identificaram que as causas externas (incluindo aqui a alta frequência de morte por homicídios) tinham sido o principal motivo das mortes entre 10 e 34 anos (CARDOSO; FAÚNDES, 2006).

No Brasil, em 2006, foi realizado um estudo considerando os 200 municípios com maior número de homicídios na população total, e Belém ocupou o 15º lugar, com 34,7% dos homicídios (WAISELFISZ, 2007).

A violência contra mulheres, particularmente nos últimos cinco anos, tem sido tema presente em telenovelas, reportagens na TV e Jornais. A enfermagem deve buscar indicadores que retratem a tríade epidemiológica do fenômeno violência a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade.

A magnitude é a posição ocupada pela violência e as mortes associadas no conjunto das doenças ou agravos que levaram à morte. Está relacionada com a quantidade (taxas de prevalência e de incidência). Para Organização Mundial de Saúde (2002) no mundo quase a metade das mulheres assassinadas é morta pelo companheiro ou ex. A violência é causa de 7% de todas as mortes de mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2001), revelou que uma em cada cinco brasileiras declara espontaneamente já ter sofrido algum tipo de violência por parte de um homem, a cada 15 segundos uma mulher é espancada por um homem, 1/3 das mulheres (33%) admite ter, em algum momento de sua vida, sofrido de alguma forma de violência física, 24% das mulheres foram vítimas de ameaças

com armas ou de cerceamento do direito de ir e vir, 22% sofreram agressões física e 13% foram objetos de estupro conjugal ou abuso.

Em Belém 23.746 mulheres vítimas de violência buscaram ajuda na Delegacia Especializadas da Mulher no período de janeiro de 2004 a setembro de 2006. Em 2007 e 2008, 5.149 e 6.354 mulheres vítima de violência compareceram as Delegacias Especializadas.

A transcendência valor social atribuído à violência. Custo pessoal e social da violência, o que passa a interferir diretamente nas relações sociais, econômicas, profissionais e culturais. A violência ocorre em todas as faixas etárias, classe social, níveis culturais, desencadeia a morte e resulta em perdas sociais.

Diante da importância da mulher na sociedade e também da violência enquanto problema social justifica-se a escolha do tema da pesquisa, que foi desenvolvido norteado pela pergunta e objetivos, cujos resultados são apresentados em cinco artigos.

2 A PERGUNTA DE PESQUISA, A TESE E OS OBJETIVOS

Nesta parte são apresentadas as diretrizes que norteiam o conteúdo da pesquisa e o compromisso que representa em termos de contribuição científica.

2.1 Perguntas de Pesquisa

Como se caracteriza o desfecho da violência física contra mulheres “paroaras” no conjunto das causas de óbitos? A violência contra as mulheres amazônicas ocorridas na capital do Estado do Pará e o seu desfecho são apresentados pela mídia escrita? O desfecho da violência em morte, de mulheres “paroaras” residentes em Belém, causa impacto nos Anos potenciais de vida perdidos? Quais são as necessidades humanas básicas apresentadas pelas mulheres que sofreram violência? e Quais as implicações da violência para o cuidado de enfermagem?

2.2 A Tese

A mídia “paroara” escrita narra a violência contra mulheres amazônicas. Há violência física contra mulheres “paroaras” residentes em Belém com desfecho em homicídio. O homicídio causa impacto nos APVPs. A mulher que sofre violência tem alteradas suas necessidades humanas básicas.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo Geral

Analisar a violência contra mulheres “paroaras” residentes em Belém e as implicações para o cuidado de enfermagem.

2.3.2 Objetivos específicos

1. Analisar a violência contra as mulheres amazônicas

apresentada na mídia paroara, identificando-se o tipo de violência e sua gravidade; e o enquadramento do agressor na Lei Maria da Penha;

2. Analisar o desfecho da violência física no conjunto das causas letais em mulheres “paroaras” residentes em Belém;

3. Analisar a mortalidade por homicídio das mulheres “paroaras” residentes em Belém;

4. Analisar os anos potenciais de vida perdidos em mulheres “paroaras” residentes em Belém vítimas de homicídios; e

5. Identificar se a violência contra a mulher afeta as necessidades humanas básicas e quais as implicações para o cuidado de enfermagem.

3 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

As referências contextuais e conceituais foram compostas a partir da consulta à base de dados da BIREME. Nesta foram encontrados os descritores violência, violência doméstica, violência contra a mulher e violência sexual. Considerando que também a violência será estudada como causa de morte e analisada sua divulgação pela mídia, foram incluídos os descritores mortalidade, homicídio, causas de óbitos e meios de comunicação. Foram também incluídos enfermagem, cuidado de enfermagem e as necessidades humanas básicas.

Definidos os descritores, foram consultadas as bases de dados MEDLINE, LILACS, Pubmed, SCIELO e DBENF, para localizar os artigos publicados nos últimos cinco anos sobre o tema em estudo, em português, inglês, espanhol. Foi ainda consultado o Pubmed e localizados livros.

A construção da base operacional da pesquisa também requereu consulta bibliográfica sobre delineamento de pesquisa de base epidemiológica, sobre a análise qualitativa e a aproximação da abordagem quantitativa e qualitativa.

3.1 Conceito de violência

A violência contra a mulher é reconhecida como um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos no mundo inteiro. Trata-se de um importante indicador de risco da saúde da mulher, com consequências para o seu desenvolvimento físico e saúde mental (OLIVEIRA; CARVALHO, 2006).

Etimologicamente, violência origina-se do latim “violentia” e designa o ato de vencer a resistência de alguém pelo emprego de força bruta; qualidade do que é violento; força empregada abusivamente contra o direito natural; constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a praticar algo (SARAIVA, 2000).

A violência é entendida como o uso da força física contra um semelhante, com a intenção de ferir, machucar, roubar, humilhar, torturar, abusar, destruir e causar até a morte (KRANTZ; GARCIA-MORENO, 2005).

Violência contra a mulher é:

[...] qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para a mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer isto ocorra em público ou na vida privada [...]. (UNITED NATIONS, p. 217, 1993).

A violência direcionada à mulher consiste em todo ato de agressão de gênero que resulte em qualquer ação física, sexual ou psicológica, incluindo a ameaça (BRASIL, 2001).

A violência tem várias qualificações, como violência doméstica, violência contra a mulher, violência de gênero, violência familiar, intrafamiliar e conjugal.

No Brasil, no que tange às denominações violência doméstica e violência familiar, a Lei Maria da Penha, no seu Art. 5º, considera a violência no âmbito doméstico àquela compreendida como espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas, e, no âmbito da família, aquela compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são, ou se consideram, aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade. A lei ainda cita que a violência conjugal se dá em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independente de coabitação. (BRASIL, 2006).

A violência doméstica representa toda ação, ou omissão, que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue (DAY et al., 2003). A maior parte dos casos de violência acontece em casa, afetando mulheres, crianças e idosos. No entanto, a violência doméstica pode acarretar danos diretos ou indiretos a todas as pessoas da família, nas várias etapas de suas vidas (SALIBA et al., 2007).

A violência doméstica como as variadas formas de violência interpessoal (agressão física, abuso sexual, abuso psicológico e negligência) que ocorrem dentro da família, são perpetradas por um agressor (que em geral possui laços de parentesco, familiares ou conjugais) em condições de superioridade (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; GOMES et al., 2007).

Em síntese, os atos violentos podem ser de natureza física, sexual ou psicológica, incluindo privação e abandono.

A violência física é exercida por meio de atos agressivos como chutes, mordidas, bofetadas, espancamentos, ou até mesmo estrangulamentos. Infligidas intencionalmente, as lesões são muitas vezes dissimuladas como acidentes. Ocasionalmente, as mulheres são gravemente feridas e, não incomum, morrem como resultado das injúrias (KRANTZ; GARCIA-MORENO, 2005).

Para Brasil (2002), Oliveira e Carvalho (2006), violência física é definida como “agravo causado por meio de força física ou de algum tipo de arma ou instrumento que resulte em lesões corporais”. É praticada com bofetadas, empurrões, puxões de cabelo, socos, chutes, agressões com instrumentos que possam deixar marcas explícitas, provocar hemorragias, perda de movimentos e, até mesmo, a morte.

A Organização Mundial de Saúde (OMS/OPS) classificou os atos de violência física, conforme sua gravidade (SCHRAIBER et al., 2002, p. 472):

Ato de natureza moderada em que há violência física na forma de empurrões, bofetadas, beliscões, sem uso de quaisquer instrumentos perfurantes, cortantes ou que gerem contusões;
Ato severo: agressões físicas com lesões temporárias; ameaças com o emprego de arma, agressões físicas ocasionadoras de cicatrizes, lesões permanentes, queimaduras e emprego de arma.

A violência psicológica é a ação, ou omissão, destinada a desconstruir a identidade do outro e implica em prejuízo à saúde psicológica, à auto-estima ou ao desenvolvimento pessoal, e sugere uma forma mais tênue, porém não menos traumática. Ela se consuma na prática em intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento, diferentes tipos de linguagem (verbal, gestual, comportamental) e isso torna a vítima submissa ao agressor e a faz considerar-se responsável pela violência sofrida (BRASIL, 2002; REDE NACIONAL FEMINISTA, 2003; OLIVEIRA; CARVALHO, 2006).

A violência sexual contra a mulher é entendida como ação ou conduta em que ocorre o controle e a subordinação da sexualidade da mulher e é incorporada como constitutiva das regras que normatizam a prática sexual (CAVALCANTE et al., 2006).

A violência sexual contra a mulher em todo o mundo é a forma

de violência mais comum perpetrada por parceiro íntimo. Neste tipo de violência, a mulher tem maior vulnerabilidade à agressão sexual até porque ocorre, em grande parte, contra mulheres casadas, ou as que vivem com um parceiro de modo permanente (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

Embora a violência sexual ocorra no contexto do parceiro íntimo, pode ter lugar também em muitas outras situações, como a exercida por outro membro da família, namorado, conhecido ou desconhecido, surpreendendo, particularmente, meninas e adolescentes (KRANTZ; GARCIA-MORENO, 2005).

A violência sexual ocorre em ampla variedade de situações, tais como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual (ROTANIA et al., 2003,). Assim, a violência sexual, da qual as mulheres são as maiores vítimas, inclui, entre outros: o estupro, atos obscenos, carícias não consentidas, sexo forçado na relação conjugal e o impedimento pelo parceiro do uso de métodos contraceptivos, ferindo os direitos reprodutivos da mulher (BRASIL, 2002). Considerados crimes hediondos, consumados ou não, o estupro e o atentado violento ao pudor caracterizam-se por um contato sexual não consentido (OLIVEIRA; CARVALHO, 2006).

A violência contra mulheres e meninas representa negação dos direitos humanos (UNICEF, 2000). A violência é uma escalada perigosa que tende a crescer e, no geral, inicia-se com agressões verbais, passando para as físicas, psicológicas e/ou sexuais, atingindo seu ponto culminante no homicídio (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

O processo de manifestação da violência se apresenta em constantes promessas de mudanças; daí seu caráter cíclico, manifestado por períodos intercalados de agressões e carícias, momentos que contribuem para que, durante anos, a mulher permaneça submetida a uma relação violenta. Por esta razão, é importante que a mulher reconheça as especificidades do ciclo em que esteja envolvida, a fim de buscar meios para sair da situação em que se encontre.

Em 1979, a psicóloga norte-americana Lenore Walker entrevistou 1.500 mulheres vítimas de violência e constatou que todas elas apresentavam um padrão semelhante de abuso – “Dinâmica da Violência Doméstica”. Neste trabalho, Walker aponta que nem todos os momentos do relacionamento são marcados pela agressão à mulher. Segundo a autora, o ciclo da violência é constituído de três fases (WALKER, 2002).

O ciclo da violência doméstica começa com estreitas relações positivas, que se desenvolvem em tensão causada por qualquer incidente

de um dia ruim no trabalho ou por uma grande crise de vida. Na segunda fase do ciclo, acontece um espancamento, que pode, ou não, incluir abuso verbal. Isto ocorre para que o agressor demonstre poder e controle. A terceira e última fase é quando o agressor tenta se reconciliar com a vítima. Ele pode se sentir culpado, mas irá minimizar a situação ocorrida, afirmando ter a mulher sido culpada. Ambos os parceiros negam a gravidade do abuso, e o ciclo continua. Sem intervenção, a violência torna-se mais grave, e, eventualmente, a terceira fase da negação deixará de existir (WALKER, 2002).

A descrição deste ciclo colabora para a compreensão de como mulheres espancadas tornam-se vítimas; de como elas caem no comportamento de desespero e porque não tentam escapar da violência contra elas.

O ciclo é vivido pela mulher como aprisionada por um constante medo, esperança e amor. O medo que sente é motivado pelas experiências de violência já vividas e pelo temor da repetição, que é real e está sempre pairando sobre a vítima.

A esperança que sente se prende à vontade que tem de que seu projeto de vida, que integrou a relação conjugal, seja bem sucedido, pois investiu muito nesta relação e porque nela ainda reconhece aspectos positivos. Um desses aspectos é o amor que continua a sentir por aquele com quem se casou ou com quem viva maritalmente e, também, o amor que o agressor também manifesta sentir nos períodos em que se arrepende da violência que exercera.

O Ciclo da Violência Conjugal demonstra porque há tanta barreira para a tomada de decisão da mulher, haja vista que esta vive fases muito dramáticas (a tensão e o ataque violento), mas que terminam numa fase considerada gratificante (o apaziguamento ou lua de mel), na qual ela firma a esperança de vir a ter uma vida conjugal sem violência e tentar novamente o projeto de vida sonhado.

Em publicação do Ministério da Saúde, há a descrição do ciclo da violência, com a mesma abordagem de Lenore Walker. O manual cita que a violência é constituída de três fases e pode se tornar um ciclo vicioso, repetindo-se ao longo de meses ou anos. Essas fases variam, tanto em intensidade como no tempo, para o mesmo casal e entre diferentes casais e não aparecem, necessariamente, em todos os relacionamentos (BRASIL, 2002, p. 57).

Primeira Fase: o aumento da tensão

Nesta fase, ocorrem pequenos, mas frequentes, incidentes de violência. É mais fácil para a mulher negar a sua raiva, atribuindo cada incidente a uma

situação externa. Tenta acreditar que tem algum controle sobre o comportamento do agressor. Esta aparente aceitação estimula-o a não controlar a si mesmo; as repetições da humilhação psicológica tornam-se mais fortes e as ofensas verbais mais longas e hostis. A mulher não consegue restaurar o equilíbrio na relação, ficando cada vez menos capaz de se defender. O homem aumenta a opressão, o ciúme e possessividade, quando observa que ela está tentando se afastar. Os atos da mulher estão sujeitos a interpretações equivocadas. Ele vigia todos os seus passos. Qualquer situação externa pode atrapalhar o frágil equilíbrio, e a tensão entre os dois torna-se intolerável.

Segunda fase: o incidente agudo da violência

Esta fase é mais breve, tanto da anterior quanto da seguinte, caracterizando-se pela incontrolável descarga de tensão acumulada na fase anterior, a primeira, e pela falta de previsibilidade e controle. O que marca a distinção entre as fases é a gravidade com a qual os incidentes da segunda fase são vistos pelo casal. A raiva do homem é tão grande que o impede de controlar seu comportamento. Inicialmente, tenta dar uma "lição" à mulher, sem a intenção de causar-lhe dano, e termina quando crê que ela aprendeu a "lição". O motivo para dar início às agressões raramente é o comportamento da mulher, mas um acontecimento externo ou um estado interno do homem. A mulher, ocasionalmente, provoca incidentes na segunda fase. A antecipação do que possa ocorrer leva ao estresse psicológico: ela torna-se ansiosa, deprimida e queixa-se de sintomas psicossomáticos. Seus sentimentos, nessa fase, são de terror, raiva, ansiedade, sensação de que é inútil tentar escapar. Com frequência, a opção é encontrar um lugar seguro para esconder-se.

Terceira fase: o apaziguamento/lua de mel

O agressor sabe que seu comportamento foi inadequado e, demasiadamente, agressivo e tenta fazer as pazes. É um período de calma incomum.

O agressor a trata carinhosamente, pede perdão e promete que os episódios de violência não mais ocorrerão. Ele acredita que não agredirá mais, crendo que poderá controlar a si mesmo, e julga que a mulher tenha aprendido a "lição". A mulher agredida precisa acreditar que não sofrerá mais violência. O agressor reforça a crença de que realmente pode mudar sua conduta. Há predominância da imagem idealizada na relação, de acordo com os modelos convencionais de gênero. O casal que vive em uma situação de violência torna-se um par simbiótico, tão dependente um do outro que, quando um tenta se separar, o outro fica drasticamente afetado. Esta fase parece ser mais longa que a segunda; porém mais curta que a primeira. Em diferentes combinações, de casal para casal, estas fases resumem o que se chama de dinâmica da violência. Sua compreensão é muito importante para uma abordagem adequada, ao permitir ao profissional não atuar estabelecendo a mulher apenas como vítima e imputando toda culpa ao homem, mas compreendendo a interação de ambos e a interdependência na relação violenta.

O ciclo compreende três períodos marcantes: a fase de tensão, caracterizada por insultos, humilhação e provocações mútuas; o episódio agudo de violência, marcado pelos diferentes tipos de agressões; e a fase de lua de mel, em que o casal realiza promessas mútuas, ocorre uma idealização do parceiro e a negação da vivência de violência.

O cotidiano formado em torno do ciclo de agressões faz com que a mulher fique sempre desejando e acreditando na mudança do companheiro. E, assim, constantemente, adiando uma denúncia ou o rompimento com o agressor. A compreensão do funcionamento do ciclo da violência contra a mulher torna-se fundamental para que os profissionais entendam os mecanismos de manutenção de tais relacionamentos (PORTO; LUZ, 2004).

Considerando-se que Lenore Walker não incluiu a morte como desfecho no ciclo da violência por ela definido, e que, nesta pesquisa, será estudada a violência contra mulheres resultando em morte, o estudo resulta numa contribuição àquele trabalho sobre o ciclo da violência contra a mulher.

Pelos impactos que ocasiona a violência contra a mulher requer

dos profissionais de saúde diagnóstico e notificação do caso – conforme determina a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003 – e, também, a intervenção adequada. Por isso mesmo, é essencial que a enfermagem sistematize suas intervenções, particularmente na Atenção Básica de Saúde. Para efetuar uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem, escolheu-se como referência a Teoria de Wanda Horta (1977). Isto mediante o pressuposto de que a violência tira da mulher o direito a uma vida saudável e, conseqüentemente, compromete a satisfação de suas necessidades humanas básicas. Por isso, tem implicações diretas com o cuidado da enfermagem.

Horta, que nasceu em 11 de agosto de 1926 em Belém, permaneceu na capital paraense até os 10 anos de idade, quando iniciou seus estudos primários, no Colégio Progresso Paraense, e concluiu o curso no Colégio Regente Feijó, em Ponta Grossa, Paraná. Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1948. Licenciou-se em história natural pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade Federal do Paraná em 1953, fez pós-graduação em Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 1962. No ano de 1968, obteve o título de Livre Docência na Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com a tese "A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos". Posteriormente defendeu tese e conquistou a Livre Docência na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em 1970. Foi professora adjunta da Escola de Enfermagem da USP e obteve o título "Professor Emérito" pela Egrégia Congregação da Escola de Enfermagem da USP. Além de docente da Escola de Enfermagem da USP, contribuiu para o fortalecimento de vários cursos de Graduação e Pós em Enfermagem no Brasil. Atuou, inclusive, atuou como docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

No ano de 1968, publicou pela primeira vez seu próprio conceito de enfermagem:

Enfermagem é ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais (HORTA, 1968).

Introduziu o plano de cuidados como tarefa facultativa aos seus alunos e seu estudo culminou com o trabalho intitulado Contribuição para uma Teoria de Enfermagem, em 1970. Para esta construção fundamentou-se em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow.

Para Horta, o ser humano é parte integrante do universo e, desta interação, surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os seres humanos têm necessidades básicas que buscam satisfazer neste processo interativo. Ressalta que a Enfermagem é uma profissão integrada na equipe de saúde e que visa à prestação de serviços ao ser humano por meio de suas funções nas áreas específicas, da interdependência e na social.

A autora considera que a enfermagem busca o reconhecimento do ser humano, que tem necessidades humanas básicas, as quais são classificadas em psico-biológicas, psicossociais e psico-espirituais.

Estas necessidades são consideradas os entes da enfermagem, e estas são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes de desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Estes desequilíbrios no ser humano exigem do enfermeiro uma assistência profissional, e são denominados “necessidades afetadas”.

3.2 Causas da violência contra a mulher

A violência contra a mulher é reflexo de condições sociais e culturais, tendo múltiplas causas, resultantes de conflitos desencadeados por vários motivos independentes do relacionamento, tais como desemprego, salários baixos, falta de moradia, condições inadequadas de saúde e baixa escolaridade (NUNES; SARTI; OHARA, 2008).

Os principais elementos da atitude violenta do agressor estão relacionados com a ingestão de álcool e/ou drogas, que também pode responder às múltiplas causas psicológicas e sociais (BONIFAZ; NAKANO, 2004).

Para os homens casados, as causas de circunstâncias violentas entre eles e suas mulheres são: desemprego ou dificuldade financeira; abuso de bebida alcoólica; ciúmes, desconfianças de traição; exigências provocativas; e falta de compreensão da mulher. Já para as mulheres, a violência aparece, principalmente, como resultado do abuso de bebida ou uso de droga por seus maridos e parceiros; assim como pela má influência de amigos, que afastam os homens do lar e das mulheres, substituindo o relacionamento com a mulher pelas noitadas em bares e

com outras mulheres. Além disso, a falta de diálogo, a impaciência da mulher para a escuta, o fato de a mulher ser "complicada", o ciúme masculino excessivo e a dificuldade da mulher em reagir são apontados como possíveis causas de violência (COUTO et al., 2006, p. 1329).

A violência social é ação prejudicial à mulher, ditada pela conduta ou por atitudes de aceitação ou rejeição que a sociedade estabelece como adequadas frente à violência que sofre a mulher, assim como as condições sociais que envolvem a situação em que vive a vítima. A violência contra a mulher tem permanecido em silêncio, devido ao fato de ser considerada como algo natural e privado. Essa violência é reforçada pelas religiões e pelos governos por meio de normas e códigos geradores de mitos e crenças, que nem sempre estão em conformidade com a realidade atual, embora a sociedade as tenha legitimado em algum momento e por motivos nem sempre conhecidos com clareza (CASIQUE; FUREGATO, 2006, p.141).

Os sintomas sociais são as faltas ao trabalho, ausência ao serviço de saúde, isolamento, mudanças frequentes de emprego ou de cidade (ROTANIA et al., 2003).

A mulher se revela como ser dependente emocional e financeiramente do seu companheiro, sem nenhuma ou com pouca perspectiva de crescimento, o que se configura por perdas intensas que se relacionam com a qualidade de vida, tanto dela quanto de todos os envolvidos (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

Aspectos sociais como o abandono da formação escolar, emprego, separações, abandono de lar e prostituição fazem parte dos problemas psicossociais envolvidos com a violência sexual (MATTAR et al., 2007, p. 460).

Os maus tratos infligidos à mulher se refletem em perdas significativas na saúde física, sexual, psicológica e nos demais componentes da vida em sociedade. Para a saúde da mulher, os atos de violência representam uma carga negativa equivalente à do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), à das Doenças Cardiovasculares, à dos Cânceres e à da Tuberculose. As consequências dos agravos na vida da mulher são marcadas pela queda da estima pessoal, pelo medo, pelo isolamento social e até pela incorporação do sentimento de culpa. Surge, com maior frequência, o sentimento de temor que paralisa e impede a mulher de buscar ajuda, bem como a atitude de diminuição do abuso na qual a mulher tende a minimizar a situação de violência em função de fatores como medo, falta de informação e de consciência sobre o que constitui realmente violência, e ainda pelo desejo de crer que o parceiro não seja tão mau (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

3.3 A Violência/os tipos de crimes

Os tipos de violência variam de uma sociedade para outra e vão desde a discriminação contra mulheres e crianças do sexo feminino até a violência sexual, passando pelo estupro, pela violência doméstica com genocídio e outros tipos de violência (EL-MOUELHY, 2004).

O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940; 2001) classifica a violência em diferentes níveis (Lesão corporal, Ameaça e Agressão Verbal, Estupro, Atentado Violento ao Pudor, Assédio Sexual, Tentativa de Homicídio/Homicídio), conforme consta em diferentes artigos: “Art.129 - Ofender a integridade corporal ou a saúde de outra pessoa; [...]” (p. 31); “[...] Art.147 - Ameaçar alguém com palavras, escrita ou por gestos, ou por qualquer outro meio, de forma a causar-lhe mal injusto e grave; [...]” (p. 33); “[...] Art. 213 - Todo ato de penetração vaginal praticado pelo homem, inclusive pelo marido ou companheiro, sem o consentimento da mulher; [...]” (p. 38); “[...] Art. 214 – Obrigar a ter contato íntimo sem ter completado uma relação sexual vaginal, mediante violência ou grave ameaça; [...]”(p. 38); “[...] Art. 216-A – Assédio sexual- Ocorre em uma relação de trabalho, quando o superior hierárquico perturba, com palavras ou atos, exigindo vantagens sexuais; [...]”(p. 59); [...] Art. 121 – Tentar matar alguém ou praticar tal ato” (p. 31).

O atentado violento ao pudor ocorre sob as mesmas formas de coerção aplicadas ao estupro, englobando atos libidinosos diferentes da cópula vaginal, como o coito oral e anal (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2001; OLIVEIRA; CARVALHO, 2006).

Existe uma escala de gravidade classificadora das agressões, cujas lesões são visíveis e as que não chegam a deixar marcas, sendo o “tirar sangue” uma medida de avaliação importante. “Bater na cara” ou na cabeça recebe ênfase especial, por sua repercussão eminentemente “moral”. No contexto da denúncia, tais marcas podem oferecer “provas” contra os acusados mediante o encaminhamento das vítimas à “perícia”, o que pode ser um aspecto valorizável, conforme os objetivos subjacentes ao recurso feminino à autoridade policial (BRANDÃO, 2006, p. 212).

Em alguns países, como Bangladesh, Índia e Paquistão, desfigurar as mulheres, atirando-lhes ácido ou as queimando, é violência enraizada na desigualdade do sexo, mas a razão imediata para isso, muitas vezes, são os litígios relativos a casamentos. Embora esta não seja uma das mais prevalentes formas de violência, as suas consequências são diretas para as mulheres submetidas a ela (KRANTZ;

GARCIA-MORENO, 2005).

O estupro contra as mulheres tem aumentado, causando sequelas físicas e psicológicas e tornando-as vítimas mais vulneráveis a outros tipos de violência, como a prostituição, o uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças ginecológicas, perturbações sexuais, depressão e suicídio (VIANNA; BOMFIM; CHICONE, 2006).

No Brasil, no ano 2000, os homicídios lideraram a mortalidade: 45.343 (38,3%) vítimas, o que correspondeu a 124 pessoas assassinadas a cada dia no país. Os coeficientes encontrados foram altos: 26,7 por 100.000 habitantes (35,1 para os homens e 4,3 para as mulheres). Dessas mortes, 63,5% foram perpetradas por arma de fogo (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

As mortes por causas violentas aumentaram em 7,7 ocorrências por 100.000 habitantes entre 1992 e 2004. O problema é ainda mais grave na Região Sudeste, que, em 2004, apresentou a maior taxa de mortes por homicídios, 32,3 por 100.000 habitantes – mais elevada que a média do país (26,9 por 100.000). A taxa entre pessoas do sexo masculino foi de 35,6 por 100.000 habitantes. No caso das mulheres, situava-se em 3,2 por 100.000. Esses percentuais saltaram para 50,5 e 4,2, respectivamente. Em 2004, as maiores taxas foram as do Rio de Janeiro (50,8), Pernambuco (50,1) e Espírito Santo (48,3) (IBGE, 2008).

3.4 Consequências da violência

Os danos físicos da violência contra a mulher representam apenas uma parte negativa na saúde feminina, porém está entre as mais visíveis formas de violência. Essas agressões resultam em lesões que vão desde hematomas e fraturas até deficiência crônica, tais como perda total ou parcial da audição e visão, e queimaduras que podem desfigurá-la (UNICEF, 2000).

A queimadura é um dos traumas mais graves sofridos pela mulher, além dos problemas físicos que podem levá-la à morte, causar outros problemas tanto de ordem psicológica quanto social. É a lesão que mais incapacita e desfigura sua vítima e que a leva a prolongados períodos sob cuidados médicos (DINIZ et al., 2007).

A violência de natureza física contra a mulher apresenta sinais e sintomas como lesões abdominais, torácicas, contusões, edemas e hematomas, síndrome de dor crônica, invalidez, fibromialgias, fraturas, distúrbios gastrointestinais, cefaléias, dor abdominal, síndrome de intestino irritável, queimaduras, lacerações e escoriações, dano ocular,

funcionamento físico reduzido, fadiga crônica e mudanças bruscas de peso doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias e vaginais, lesões da mucosa oral, nasal e vaginal (CASIQUE; FUREGATO, 2006; ROTANIA et al., 2003).

O impacto da violência contra mulheres tem consequências graves e fatais à saúde mental. Mulheres maltratadas têm alta incidência de estresse e de tensão, relacionada com doenças como a síndrome de estresse pós-traumático, ataques de pânico, depressão, distúrbios alimentares e do sono, elevação da pressão sanguínea, alcoolismo, dependência aos tóxicos e baixa auto-estima. Para algumas mulheres agredidas por seu companheiro, parece não haver outra fuga de um relacionamento violento senão o suicídio (UNICEF, 2000).

A violência causa inúmeros agravos à saúde, incluindo mortes por homicídios, suicídios ou a grande presença da ideação suicida, além de doenças sexualmente transmissíveis, cardiovasculares e dores crônicas (SCHRAIBER et al., 2007a).

Os efeitos negativos na saúde mental das mulheres, principalmente pelos sofrimentos, humilhação e vergonha a afetarem sua auto-estima, definem sua relação para com o outro, como sendo a de um ser-com deficiente (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

As sequelas de natureza psíquica desencadeiam distúrbios por estresse pós-traumático, como o medo persistente, a baixa estima, as dificuldades em estabelecer relacionamentos afetivos e a obtenção do prazer sexual, além da adoção de comportamentos destrutivos, tais como a prostituição, o uso de drogas, a depressão e as tentativas de suicídio (OLIVEIRA; CARVALHO, 2006; CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Outras sequelas psicológicas da violência contra a mulher são caracterizadas pela ansiedade, desânimo, tristeza, depressão, irritabilidade, agressividade, disfunções sexuais, insônia, comportamento autodestrutivo, tentativa de suicídio, pesadelos, falta de concentração, medo e confusão, fobias, auto-reprovação, sentimento de inferioridade e fracasso, sentimento de culpa e insegurança, baixa estima, uso de álcool e drogas (ROTANIA et al., 2003; MATTAR et al., 2007).

A mulher que vive em situação de violência tem: distúrbios psicológicos, pesadelos repetidos, angústia, fuga e negação de recordações do evento traumático, seja em conversas ou evitando lembrar-se de sentimentos, lugares, pessoas; aumento da excitação emocional e ira; falta de concentração; estado de alerta; facilidade para se assustar; e nervosismo (DINIZ et al., 2007).

As sequelas psicológicas são mais severas quando o abuso sexual

é perpetrado por múltiplos agressores. Além disso, quanto maior o número de agressores, tanto maior o risco de se contrair Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) (DINIZ et al., 2007, p.322).

E, muitas vezes, as sequelas psicológicas do abuso destroem a auto-estima da mulher, deixando-a mais exposta a problemas de ordem mental, tais como depressão, fobia, tendência ao suicídio, consumo e abuso de álcool e drogas e o estresse pós-traumático (DAY et al., 2003).

Sexo com violência é cometido e aprovado em diferentes sociedades sob várias denominações: tradição, seja familiar, seja religiosa; ou, simplesmente, os conceitos de honra dos direitos do homem. É um reflexo da estrutura sociocultural, da situação econômica da sociedade e da política do país. Complicações de violência de gênero podem levar à morte, aos riscos de contração de uma doença sexualmente transmissível, disfunção sexual, gravidez indesejada, problemas comportamentais, físicos, complicações como doença, ferimentos, hemorragias, consequências psicológicas como depressão, baixa auto-estima, tendências suicidas, ao álcool e o abuso de substância, ou simplesmente levar uma vida miserável (EL-MOUELHY, 2004).

Estima-se que o risco de aquisição de uma doença sexualmente transmissível seja de 4 a 30%, tanto em países mais, quanto nos menos desenvolvidos. As taxas variam para cada agente específico e segundo a faixa etária. A taxa de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* pode variar entre 0,8 e 9,6%; de 3,1 a 22% para *Trichomonas vaginallis*; de 1,5 a 26% para *Chlamydia trachomatis*; entre 12 a 50% para vaginose bacteriana; de 2 a 40% para o papiloma vírus humano (HPV); de até 1,6% para o *Treponema pallidum*; e de 3% para a Hepatite B. Quando não prevenidas, ou tratadas precocemente, essas infecções podem levar a sérias complicações em longo prazo (doença inflamatória pélvica, esterilidade de causa tubária, gravidez ectópica, dor pélvica crônica (FAUNDES et al., 2006).

O trauma físico genital ou de outras partes do corpo pode, ou não, estar presente, porque quando o agressor emprega uma arma, ou, corporalmente, é muito mais forte que a vítima, esta não tem condições de lhe opor resistência. As lesões genitais se observam com mais frequência em crianças e em mulheres de maior idade, podendo incluir lacerações, hematomas, equimoses e edemas, afetando os lábios menores, o hímen e a fossa navicular.

As consequências sexuais e reprodutivas são os distúrbios ginecológicos, o fluxo vaginal persistente, o sangramento genital, a

infertilidade, doença inflamatória pélvica crônica, complicações na gravidez, o aborto espontâneo, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive Vírus da Imunodeficiência Adquirida HIV/AIDS, aborto sem segurança, gravidez indesejada, retardo no desenvolvimento intra-uterino, morte fetal e materna (OLIVEIRA; CARVALHO, 2006; CASIQUE; FUREGATO, 2006).

A violência contra a mulher durante o período gestacional pode acarretar consequências graves para a saúde da mãe e da criança. Na mulher, foram observadas hemorragias e interrupção da gravidez. Em relação à saúde da criança, foi constatado o aumento do risco de morte perinatal e de nascidos com baixo peso e prematuridade (AUDI et al., 2008). A violência física contra mulheres grávidas aumenta o risco de prematuridade, sofrimento fetal ou morte, e de nascimento com baixo peso (ASLING-MONEMI et al., 2003).

O Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 1999, um manual com vistas a padronizar o atendimento. Entre as condutas padronizadas pelo Ministério da Saúde encontra-se o uso de anti-retrovirais para prevenir a infecção pelo HIV (DINIZ et al., 2007).

Outra violência sexual sofrida pela mulher é a mutilação genital feminina (MGF), que é definida pela OMS (1997) como a remoção total ou parcial da genitália externa, ou outro prejuízo para os órgãos genitais femininos, quer por razões de ordem cultural, religiosa, ou por outras reações não-terapêuticas.

Os termos corte genital feminino (CGF) e excisão também são usados para descrever este processo. Trata-se de um procedimento cirúrgico, realizado em condições empíricas, para excisão ou mutilação genital feminina. Estes procedimentos abrangem três níveis de complexidade:

Clitoridectomia: remoção da pele sobre o clitóris ou sobre a extremidade do clitóris. É denominada sunnah nos países onde é praticada e é a forma mais suave de ablação; Excisão: remoção do clitóris por inteiro e do lábio menor, mas sem fechamento da vulva; e a Infibulação: remoção do clitóris, do lábio menor e de partes do lábio maior, costurando as laterais e deixando apenas uma pequena abertura para a passagem de urina e fluxo menstrual. (SOUZA, 2001).

A OMS (1997) estima que entre 100 a 140 milhões de meninas e mulheres tenham sofrido algum tipo de mutilação genital feminina. A maioria das mulheres vitimadas vive em 28 países da África, embora

alguns destes se localizem no Oriente Médio, além daquelas vivendo em algumas comunidades de emigrantes dessas regiões nos países ocidentais, sobretudo, os da Europa (KRANTZ; GARCIA-MORENO, 2005; SOUZA, 2001).

A violência contra a mulher implica em riscos para os filhos, que, ao presenciar atos violentos dentro de sua família, têm probabilidade de sofrer depressão, ansiedade, transtornos de conduta e atrasos no seu desenvolvimento cognitivo. Além do mais, aumenta-lhes, por sua vez, o risco de se converterem em vítimas de maus-tratos ou em futuros agressores (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

O impacto da violência doméstica no desenvolvimento integral da criança é intenso, em particular no que concerne ao equilíbrio emocional, com reflexos na segurança, na auto-estima e no senso de competência (OLIVEIRA, 2000).

Os filhos costumam enfrentar sentimentos de medo, ansiedade e culpa por se sentirem os responsáveis pelo sofrimento da mãe. A mescla desses sentimentos pode levar ao isolamento social e à revolta, resultando em comportamento destrutivo ou violento (ROTANIA et al., 2003).

A violência contra a mulher não só afeta a integridade e a qualidade de vida das mulheres, como, em muitos casos, pode terminar em sua morte. A morte de mulheres ocasionada por seus maridos, amantes, pais, noivos, pretendentes, conhecidos ou desconhecidos não é o produto de casos inexplicáveis de comportamentos desviantes ou patológicos. Estas mortes são “genocídio”, a forma mais extrema de terrorismo sexual, motivado em grande parte por um sentimento de posse e controle sobre as mulheres nos sistemas patriarcais extremados. (CARCEDO CABANAS; SAGOT RODRIGUES, 2002).

No que tange à disponibilidade de dados sobre causa mortis, é observado que a violência sexual contra a mulher nem sempre está, formal e linearmente, vinculada à determinação da morte, até porque os traumatismos físicos e psíquicos provocados pela violência, bem como suas consequências, não são suficientemente reconhecidas, diagnosticadas e tratadas (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

3.5 Cenário da violência

3.5.1 A violência contra a mulher no contexto mundial

Na Europa o Diário da República (DR) 81 SÉRIE I de 26 de abril

de 2007, foi publicada a Resolução da Assembleia da República n.º17/2007, aprovada em 12 de abril, sobre a iniciativa “Parlamentos unidos para combater a violência doméstica contra as mulheres”, a qual a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa deliberou se associar na sua sessão de 28 de Junho de 2006. O Conselho da Europa deliberou, no Encontro de Cúpula, ou Cimeira, de Varsóvia, em maio de 2005, uma campanha trans-europeia de “Luta contra a violência sobre as mulheres, incluindo a violência doméstica”, a qual se realizou no período de novembro de 2006 até março de 2008. Forças políticas brasileiras com assento parlamentar – Partido Socialista, Partido Social Democrata, Partido Comunista Português, Centro Democrático Social-Partido Popular e Partido Ecológico Verde - aprovaram por unanimidade e aclamação o projeto de combate à violência contra a mulher, associando-se à campanha europeia com esse objetivo. Por meio do projeto, a Assembleia da República afirmou-se “solidária com a importância da campanha e manifestou-se empenhada nas melhores respostas para tão grave problema, fazendo uso de todos os meios ao seu alcance, em articulação com a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa”.

Em 2006, a Associação de Apoio à Vítima registrou 22 casos de homicídios ou tentativas de homicídios contra as mulheres, e mais de 13 mil crimes de violência doméstica em Portugal. Segundo os dados da Associação, de um total de 15.758 crimes registrados, 86% foram crimes de violência doméstica. Nas faixas etárias das vítimas femininas em Portugal, destacaram-se as idades entre 26 e 45 anos (33,9%) e os autores dos crimes entre 26 e 55 anos de idade (37,9%). As vítimas casadas representaram mais de 50% do total das vítimas de violência doméstica (ROQUE, 2007).

Na última década, a violência em todo o mundo contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública. Estudos internacionais de base populacional mostram sua alta prevalência e o grande predomínio da violência por parceiro ou ex-parceiro íntimo.

Revisões recentes mostram a violência física por parte do parceiro íntimo, ao menos uma vez na vida, com variação de 21% na Holanda e Suíça, ou 29% no Canadá, a 69% na Nicarágua (Manágua), A variação na violência física vai de 13% (Okahama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru), passando por 27% e 34% para o Brasil (respectivamente, cidade de São Paulo e 15 Municípios da Zona da Mata Pernambucana) (SCHRAIBER et al., 2007b).

Em pesquisa realizada com mulheres sul-africanas, entrevistadas no próprio domicílio, entre 19,1 e 28,4% referiram algum episódio de

violência física cometida pelo companheiro ou ex-companheiro, alguma vez na vida. Estudo desenvolvido em um bairro da cidade de Barranquilla, Colômbia, que entrevistou, no domicílio, 275 mulheres em idade reprodutiva, encontrou 22,9% de relatos de violência doméstica alguma vez na vida. Outra pesquisa, realizada em Guadalajara, México, mostrou que 46% das entrevistadas referiram algum tipo de violência cometida pelo companheiro ou ex-companheiro; 33% relataram algum tipo de violência psicológica, 19% de violência física e 12%, algum episódio de violência sexual (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA et al., 2006).

Uma pesquisa da Sociedade Mundial de Vitimologia, da Holanda, sobre a violência doméstica contra a mulher (em um universo de 138 mil mulheres de 54 países), entre outros, foram encontrados, para o caso do Brasil, os seguintes dados: 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica; a cada minuto, uma mulher é agredida em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relação de afeto; as estatísticas disponíveis e os registros nas delegacias especializadas em crimes contra a mulher demonstram que 70% dos casos ocorrem dentro da casa de moradia e que o agressor é o próprio marido ou companheiro (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

As taxas de violência por parceiro íntimo encontradas para o Brasil não estão entre as mais altas quando comparadas com os dados internacionais. Entre as 15 localidades pesquisadas, com a mesma metodologia, estudo multicêntrico, e ordenadas pela prevalência encontrada, há variação da violência física de 13% (Japão) a 61% (Peru), e da violência sexual entre 6% (Japão e Sérvia/Montenegro) a 59% (Etiópia). Na Etiópia, 54% das mulheres relataram ter sofrido violência física e/ou sexual praticada pelo parceiro no último ano, contra 17% relatando episódios anteriores a este ano, mostrando uma situação inversa à do Brasil (GARCIA-MORENO et AL., 2006).

O Brasil encontra-se em posição intermediária ou baixa nesse leque de variação, embora a Zona da Mata de Pernambuco tenha apresentado sempre as maiores taxas em relação a São Paulo. A violência sexual exclusiva é uma constatação rara na maioria dos países pesquisados, com algumas exceções, como 8,4% das mulheres relatando violência sexual exclusiva no Haiti e uma parcela considerável, na capital da Tailândia e em regiões rurais da Etiópia e de Bangladesh, onde esta forma correspondeu a 30% dos casos em que houve alguma violência física ou sexual. (SCHRAIBER et al., 2007a, p.806).

Estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra

forma de abuso durante a vida, e o companheiro comprovando-se o agressor mais comum (SALIBA et al., 2007).

No Brasil, com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1990, do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), foi observado que, dentre todas as agressões físicas cometidas no âmbito da residência, 63% das vítimas foram mulheres (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

E, ainda que, entre os anos de 1999 e 2000, houve 54.176 registros de crimes sexuais, dos quais 30.003 foram casos de estupro. No entanto, alguns autores afirmam não representarem estes números localizados nos registros policiais os fatos efetivamente acontecidos. (BRASIL, 1999; LOPES et al., 2004; EDITORIAL ANISTIA INTERNACIONAL, 2004; OLIVEIRA; CARVALHO, 2006).

Um estudo de base populacional, realizado com amostra representativa nacional de 2.502 mulheres de 15 ou mais anos de idade, mediu a ocorrência de violência contra as mulheres. Nessa investigação, 43% das brasileiras declararam ter em suas vidas sofrido violência praticada por um homem; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física; 13%, sexual e 27%, psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de bofetadas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas (SCHRAIBER et al., 2007a).

No Município de São Paulo, investigação feita por uma Unidade Básica de Saúde em usuárias de idade entre 15 e 49 anos encontrou 44,4% delas relatando a ocorrência de episódios de violência física e 11,5%, de violência sexual, alguma vez na vida. Esses resultados foram semelhantes aos do presente estudo, que encontrou respectivamente 45,3% e 9,8% para as mesmas categorias de violência (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

Outro estudo similar, em Porto Alegre, encontrou 38% das respondentes tendo sofrido violência física por parte do parceiro e 9%, sexual. Em serviços de emergência na Bahia, 46% das usuárias relataram algum episódio de violência em suas vidas, sendo a física referida por 36,5%, enquanto a sexual por 18,6%. Parceiros e ex-parceiros foram responsáveis por 65,7% das agressões físicas e 68,7% das sexuais (SCHRAIBER et al., 2007a, p.360).

O assassinato da missionária Dorothy Stang, nascida nos Estados Unidos da América e naturalizada brasileira, que atuava junto às populações rurais e extrativistas, defendendo um modelo de desenvolvimento sustentável para a Amazônia, mobilizou 38 entidades da sociedade civil nacional e internacional que encaminharam uma carta

ao Presidente Luís Inácio Lula da Silva, reivindicando que o governo assumisse a responsabilidade pela apuração e punição dos culpados pelo assassinato, como também adotasse medidas urgentes para pôr fim aos conflitos agrários no Pará. Durante o período de 2003 a 2008, 125 lideranças e integrantes do movimento social foram assassinados, sendo 40% deles em território paraense (LACERDA SANTA FE, 2005).

No município de Belém, de janeiro a outubro do ano de 2007, a Divisão de Crimes Contra a Integridade da Mulher registrou 8.869 denúncias de vítimas de violência doméstica ou sexual. De janeiro de 2004 a setembro de 2006, 23.746 mulheres em situação de vítimas de violência buscaram ajuda na Delegacia da Mulher (QUADROS, 2007).

3.6 Políticas Públicas para o controle da violência

No século XX, foram realizadas várias conferências internacionais definidoras dos direitos humanos mínimos para todos os habitantes do planeta, os quais tiveram impacto na detecção e investigação da violência de gênero contra a mulher. Estas convenções foram: Carta das Nações Unidas (1945); Convenção contra o genocídio (1948); Pacto internacional dos direitos civis e políticos (1966); Pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais (1966); Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965); Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1979); Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes (1984); Convenção sobre os direitos da criança (1989); e, Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - Convenção de Belém do Pará em 1994 (CASIQUE; FUREGATO, 2006, p.138).

Na década de 1980, no Brasil, a Violência Contra a Mulher transformou-se em um dos grandes eixos de ação do movimento feminista no sentido assistencial, dando início à realização de parcerias entre o Governo Federal e os Estados, destinadas à formulação de políticas públicas que contemplassem a questão de gênero (FARAH, 2004).

Na área da assistência jurídica, em 1984, o Conselho Estadual da Condição Feminina em São Paulo impulsionou a criação dos Centros de Orientação Jurídica e Encaminhamento (COJE), com base em um serviço voluntário de orientação e encaminhamento legal para mulheres em situação de violência sofrida (BARSTED, 1994).

No início da década de 1980, foi criado o SOS-Mulher e, também, a articulação entre Organizações Não-Governamentais (ONGs) e grupos organizados de mulheres, possibilitando a criação de novos canais de comunicação e formas de diálogo entre os movimentos sociais e o Estado. Em 1985, estimulada por uma ação internacional, foi criada a primeira Delegacia Especial de Atendimento a Mulheres (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007, p. 487).

Em 1994, na Convenção Interamericana para Prevenir e Erradicar a Violência contra a Mulher, a violência foi discutida e entendida como física, sexual, psicológica e de gênero. Nessa Convenção, houve o reconhecimento do direito da mulher de ser livre de todas as formas de discriminação.

Em 1995, em Beijing, na China, foi realizada a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, e os atos de violação da mulher foram alvos de reflexões e propostas, cujo relatório final mostra a afirmação de que a violência contra a mulher constitui obstáculo a que se alcancem os objetivos da igualdade, desenvolvimento e paz (ONU, 1996).

O combate à violência contra a mulher exige a integração de vários fatores políticos, legais e, principalmente, culturais para que seja visto sob nova perspectiva pela sociedade. Com essa intenção, no Brasil, foi promulgada em 24 de novembro de 2003, a Lei 10.778, que obriga os serviços de saúde públicos, ou privados, a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher. De acordo com essa lei, todas as pessoas físicas, mormente os profissionais de saúde em geral, bem como entidades públicas, ou privadas, estão obrigadas a notificar tais casos, assim como os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais). A penalidade para quem descumprir a referida norma está evidente em seu Artigo: “Art. 5º: A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da Legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis” (BRASIL, 2003, p. 1).

A Lei Maria da Penha, em vigor desde 22 de outubro de 2006, representa um marco para este debate ao apresentar vários avanços quando comparada à Lei 9.099/1995, sendo mais discutido até o momento o Art. 44, que estipula como pena para o agressor a detenção de três meses a três anos. No entanto, para esta reflexão, os Artigos 35 e 45 são os mais relevantes. O Art. 35 informa que o Estado poderá criar e promover, no limite das respectivas competências (municipal, estadual e federal), entre outras coisas, centros de educação e de reabilitação para os autores de violência. O Art. 45 (que altera o texto do Art. 152 da Lei

7.210/1984) orienta que “Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação”. Além disto, em seu Artigo 8º, como uma das medidas integradas de prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher, prevê-se a promoção de “estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero, raça e etnia, concernentes às causas, às consequências e à frequência” desse problema (BRASIL, 2006; LIMA; BUCHELE; CLIMACO, 2008).

3.7 A Enfermagem e a violência

A finalidade da enfermagem é o cuidado ao ser humano e durante sua realização interage com toda a equipe de saúde e com a rede social das pessoas que recebe cuidado. Conhecer os problemas que incidem na sociedade e que afetam a saúde da população é um de seus compromissos.

A violência contra a mulher, com magnitude crescente no mundo, incide em todas as idades, classes sociais, níveis culturais com consequências graves inclusive a morte, em toda sociedade global.

As mulheres vítimas de violência sofrem agravos associados a violência, de acordo com sua faixa etária, período de vida e situação conjugal. Muito embora elas se encontrem inseridas no contexto violento desde a infância, que pode ser agravado ou em consequência de violações dos seus direitos humanos, marcado por condições de exclusão social (PORTO; LUZ, 2004).

As vítimas da violência são aprisionadas no próprio lar e impedidas de participarem da convivência com familiares e em outros cenários da vida em sociedade (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

A impotência dos profissionais de saúde ao atenderem a mulher vítima de violência pode ser atribuída à falta de preparo, de organização do processo de trabalho e aos valores sociais que são absorvidos de forma sutil através da história de vida (OLIVEIRA; FONSECA, 2007). Fatores que dificultam a investigação e as tomadas de decisões nas questões da violência contra a mulher bem como a Insuficiente preparação, educacional e experiência (GUTMANIS et al., 2007).

A assistência, de modo geral é reducionista, biologicista, fragmentada e isto é justificado pela falta de formação profissional, suporte institucional e de uma equipe multidisciplinar (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

A violência contra a mulher representa uma questão de ordem política social, desse modo exige o preparo dos profissionais para o enfrentamento do fenômeno e a articulação das ações preventivas e assistenciais humanizadas. (LEÔNCIO et al , 2008).

A violência quando não é investigada pelo profissional da saúde, contribui para que as estatísticas oficiais sejam subestimadas quanto à frequência e efeitos na sociedade (RABELLO; CALDAS JÚNIOR, 2007).

A enfermagem deve ser capaz de identificar a mulher vítima de violência que procura ajuda nas unidades básicas de saúde, muitas vezes invisível para enfermagem. Precisa desenvolver competência para o diagnóstico dos fatores de risco e também para os diferentes modos de intervir sobre a realidade, particularmente na rede básica de saúde.

A invisibilidade da violência na maioria das vezes está relacionada com a cultura, de que a violência contra a mulher deve ser discutida em casa, na família ou que o profissional não está capacitado a resolver ou minimizar a situação, ou ainda, a mulher não conta para enfermagem que foi vítima de violência. Além disso, a organização do serviço de saúde pode desencadear a cultura de que a violência contra a mulher não se constitui em problema que deva ser diagnosticado e intermediado por meio dos serviços de saúde.

A enfermagem deve compreender o processo de determinação da violência contra a mulher para aplicar adequadamente o cuidado de enfermagem. Neste, o acolhimento da mulher pela enfermagem precisa diagnosticar as necessidades humanas básicas afetadas pela violência e contribuir para que a mulher encontre estratégias para a sua superação.

A qualidade do atendimento está relacionada a uma relação solidária, respeitosa e acolhedora as mulheres num momento difícil de suas vidas (OLIVEIRA et al., 2005).

A inserção do tema violência no contexto dos programas de ensino poderá desencadear discussões sobre o assunto e o atendimento necessário às vítimas da violência e mudanças na conduta de cuidado, no contexto dos serviços de saúde às vítimas de violência (SOUZA et al., 2008). Quanto mais conhecimento o profissional tiver sobre a violência contra a mulher, poderá prestar assistência com qualidade, encontrar soluções e prevenção (SAGIM et al., 2007).

O cuidado de enfermagem as necessidades humanas básicas afetadas pela violência deverá iniciar com o reconhecimento, aproximação e acolhimento da mulher vítima de violência para que a mulher sintam-se protegida, confiante e segura e assim possa verbalizar o

fato. A enfermagem deverá ter a sensibilidade para perceber a angústia da mulher, e aplicar os conhecimentos para tomar decisões e condutas adequadas.

O fenômeno violência é universal, mas cada vítima tem suas necessidades humanas básicas afetadas, portanto o cuidado de enfermagem é singular para cada mulher. Essa singularidade requer exame físico em busca de sinais e sintomas da violência, com a finalidade de elaborar o plano de cuidado a vítima.

Cabe ressaltar que os sinais mais acessíveis são os resultantes de agressões físicas, estes são visíveis e deixam cicatrizes superficiais e profundas na mulher, portanto, são de fácil percepção, desde que a enfermagem desenvolva uma observação adequada.

O cuidado de enfermagem também orienta a mulher sobre os seus direitos como cidadã para que ela possa buscar recursos para fazer valer os seus direitos e também superar as sequelas decorrentes da violência.

A enfermagem deverá notificar os casos de violência contra a mulher contribuindo para elaboração das ações de controle e prevenção.

Enfim, a enfermagem precisa diagnosticar a violência contra a mulher, definir o plano de cuidado, contribuir para redução da mortalidade, elaborar plano de ação comunitária e ainda programa de educação priorizando as escolas como agente de multiplicação de informação para a família, comunidade e sociedade.

4 METODOLOGIA

4.1 Processo operacional da pesquisa

O processo operacional constituiu-se de elementos necessários para direcionar a pesquisa para o alcance dos objetivos propostos no estudo, e dentre os quais destacam-se a análise da violência contra mulheres “paroaras” residentes em Belém e as implicações para o cuidado de enfermagem.

Assim, para abranger o fenômeno da tese optou-se por realizar uma pesquisa com abordagens quantitativa e qualitativa (DESLANDES; ASSIS, 2000), e foi eleito o Método Epidemiológico e a Análise de Conteúdo para desenvolver a exploração do material que dá origem aos artigos que compõem a Tese (GIL, 1994, ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; BARDIN, 1977).

O estudo exploratório é aquele que resulta na aproximação do pesquisador ao objeto de estudo, buscando uma melhor compreensão da realidade investigada. Neste, o pesquisador pode ter a curiosidade e o desejo em compreender o fenômeno de interesse (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995; MINAYO, 2007).

4.1.1 Parte I - Abordagem qualitativa

População do estudo: mulheres amazônicas vítimas de violência, resultantes em homicídios, ocorridas em Belém do Pará e publicadas na mídia escrita “paroara” em 2007.

Crítérios de inclusão

Casos de violência, em mulheres amazônicas, resultantes em homicídios, ocorridos em Belém do Pará no ano de 2007.

Crítérios de exclusão

Foram excluídas todas as matérias publicadas sobre violência contra a mulher ocorridas em outros Estados e outros países, violência à saúde, assaltos e acidentes. Foram excluídas também as matérias que se reportaram à violência não resultante em homicídio.

Coleta de dados e fontes de dados

Foram utilizadas as matérias publicadas sobre violência resultantes em homicídios nos cadernos *Polícia* e *Atualidades* do jornal O Liberal, do estado do Pará, no período de 1º de janeiro a 31 dezembro de 2007.

O jornal foi consultado no acervo da Fundação Cultural Tancredo Neves, em Belém do Pará. A exploração dessas matérias nas edições diárias do jornal foi realizada por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

De acordo com Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo representa

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A pré-análise foi realizada por intermédio da leitura das edições diárias do jornal, a fim de identificar as notas sobre a violência contra as mulheres amazônicas que resultaram em homicídios, para, então, proceder a organização e leitura dessas notas.

A regra da exaustividade consistiu na leitura das matérias publicadas nesse jornal buscando compreendê-las como um todo, não priorizando ou descartando qualquer dado.

Esta regra, aplicada quando da ampliação dos temas de pesquisa, afirma que não se deve excluir qualquer um dos elementos por quaisquer razões (dificuldade de acesso, impressão de não-interesse), que não possa ser justificável no plano do rigor.

A regra da representatividade consistiu em priorizar as matérias sobre violência contra as mulheres amazônicas resultando em homicídios e procedida à leitura do material no seu todo.

A regra da homogeneidade representa o ato de identificar a pertinência e a aderência das matérias do jornal no que se refira à ocorrência em Belém-Pará, de violências contra a mulher resultando em homicídio.

Na etapa de exploração do material, foram agrupadas as notas do jornal por tipos e graus resultantes do homicídio. Desta maneira, foram identificadas as repetições de palavras e frases que surgiram, sendo observada a pertinência dos sentidos emergentes dos relatos apresentados pelos redatores nas materiais publicadas no jornal, e, a partir daí, foram identificadas as novas unidades temáticas, ou seja, as categorias que emergiram das publicações no jornal, visto se tratar de publicação diária do O Liberal.

O desenvolvimento de competência – estudo piloto

O estudo piloto serviu para aprender a ler com o olhar enfocando o tema e realizar leitura exploratória do jornal; entender, na prática, o que é análise de conteúdo e as suas distintas etapas; identificar fragilidades em relação à aplicação da análise e, a partir daí, buscar leituras complementares. Serviu, também, para desencadear curiosidade científica acerca do tema e, por isto mesmo, ampliar a revisão da literatura.

A leitura do jornal *O Liberal* do estado do Pará foi efetuada no acervo da Fundação Cultural do Pará Tancredo Neves - Biblioteca Pública Arthur Vianna. A escolha do jornal foi feita por ser um periódico de grande porte do Estado do Pará.

O jornal *O Liberal* é constituído por cinco cadernos de notícias (Atualidades, Magazine, Esporte, Poder e Polícia), quatro cadernos especiais (Automóvel, Concursos, Responsabilidade Social, Mulher e Tecnologia) e os cadernos dos Anúncios Classificados.

Para o estudo piloto, foram lidos 181 exemplares do jornal, referentes aos seis meses de publicação, e após a aplicação das etapas a seguir mencionadas foram incluídas como corpus de análise 46 notas sobre violência:

- Separação e organização por data e mês;
- Leitura de todos os cadernos do jornal;
- Separação dos cadernos (atualidades e polícia) que continham as notas sobre violência contra a mulher;
- Identificação das notas sobre violência contra a mulher no Estado do Pará;
- Identificação das notas por tipo de violência contra a mulher;
- Todas as notas do jornal foram xerocopiadas e escaneadas;
- As notas foram lidas e registradas em um banco de dados para serem analisadas. O banco de dados foi constituído no programa Excel 2003 com as seguintes variáveis extraídas da leitura minuciosa das notas (Anexo B): tipos de violência, objeto usado na violência, parte do corpo agredida, idade da vítima e do agressor, escolaridade da vítima, profissão/ocupação, município, tipo de punição ao agressor e desfecho da violência;
- Finalizado o Artigo que foi remetido a RLAE, com o conteúdo dos seis meses de publicação do Jornal (janeiro a junho de 2007), foram também analisados os dados relativos aos meses de julho a dezembro, como um exercício didático para domínio do método. Assim sendo, as notas correspondentes ao período de janeiro à dezembro de 2007, foram analisadas e os resultados sistematizado como artigo (Apêndice C).

Considerando o encaminhamento para a RLAE este material somente integrará o resultado desta tese (Anexo A).

4.1.2 Parte II – Abordagem Quantitativa

4.1.2.1 Estudo de Base Epidemiológica

Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Belém, no Estado do Pará.

População do estudo

Mulheres “paroaras” que morreram vítimas de violência em Belém do Pará.

Critérios de inclusão:

- Mulheres “paroaras”, residentes em Belém, que morreram vítima de violência em Belém;
- Todos os tipos de morte por causas externas;
- Mulheres “paroaras” de todas as idades (meninas, adolescentes, mulheres em idade fértil, adultas jovens, adultas maior).

Critérios de exclusão:

- Mulheres que morreram por todas as causas, exceto as causas externas.

Coleta de dados e fontes de dados

Foram utilizados os dados referentes aos óbitos das mulheres “paroaras” residentes em Belém do Pará, ocorridos durante os anos de 2003 a 2007. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do banco de dados do Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde (DEVS), da Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Pará. Os dados foram acessados no *site* <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/extpr.def>, em 26 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009).

O SIM (BRASIL, 2009) é constituído pelas informações provenientes das declarações de óbito, coletadas nos cartórios de registro civil de todo território paraense.

A sistematização e a análise dos dados

A sistematização dos dados foi com base no cálculo e na análise dos seguintes indicadores e variáveis: Mortalidade proporcional por grupo de causas externas; Mortalidade proporcional por homicídio,

Mortalidade proporcional específica por faixa etária, Mortalidade proporcional por anos de estudo, Mortalidade proporcional por estado civil, Mortalidade proporcional do meio utilizado pelo agressor; e Aplicação do Indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). As variáveis foram as causas básicas de óbitos, causas externas, homicídios, a faixa de idade, anos de estudo, estado civil e o meio utilizado pelo agressor.

Taxa de mortalidade proporcional por causas externas: mede a proporção de óbitos por uma determinada causa ou grupo de causas em relação ao total de óbitos e indica a importância de uma causa ou grupo de causas de morte em uma determinada população.

Mortalidade proporcional específica por homicídio: mede a proporção de óbitos específica por homicídio em relação ao total de óbitos e indica a importância do homicídio numa determinada população.

Mortalidade proporcional específica por faixa etária: mede a proporção de óbitos específica em cada faixa etária em relação ao total de óbitos.

Mortalidade proporcional por anos de estudo: mede a proporção de óbitos específica pelos anos de estudo em relação ao total de óbitos.

Mortalidade proporcional por estado civil: mede a proporção de óbitos específica por estado civil em relação ao total de óbitos.

Mortalidade proporcional do meio utilizado pelo agressor: mede a proporção de óbitos específica do meio utilizado pelo agressor em relação ao total de óbitos.

Aplicação do Indicador APVP: mede o número de anos que foram perdidos pela mulher em relação à possibilidade de viver que, em geral é expressa pela esperança de vida e foi calculado pelo total de APVP por homicídio/número de óbitos.

As variáveis do estudo foram:

- Causas básicas de óbitos: doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte de mulheres;
- Causas externas: mortes violentas em mulheres;
- Homicídios: Morte da mulher causada por outrem, de forma dolosa ou culposa;
- “Faixa etária 13 definida no tabwin ou no Datasus”: Faixa etária definida no SIM e refere-se ao número de anos completos em que ocorreu a morte da mulher;
- Anos de estudos: número de anos que a mulher frequentou a escola e foram concluídos pela mulher até o momento da morte;
- Estado civil: situação da mulher em relação ao matrimônio ou à

- sociedade conjugal até o momento da morte;
- Meio utilizado pelo agressor: recurso utilizado pelo agressor para matar a mulher.

Análise, apresentação e interpretação dos dados: os dados foram apresentados sob a forma de tabelas e figuras para melhor visualização. Todos os cálculos foram realizados com o suporte do programa *Microsoft Office Excel 2003*. (Excel, MO,2003) .

4.1.2.2 Estudo de Revisão Integrativa

A Revisão Integrativa foi realizada em duas etapas. A primeira etapa consistiu na busca de artigos sobre o cuidado de enfermagem prestado às mulheres vítimas de violência, publicados pela enfermagem brasileira, em português, em periódicos nacionais indexados no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF). Elegeram-se os seguintes DECS: violência, violência doméstica, violência contra mulher, necessidade humana básica, cuidado de enfermagem visando avaliar se referenciavam ou não a Teoria de Horta e se de alguma maneira mencionavam as Necessidades Humanas Básicas (NHB) comprometidas pela violência. Os critérios de exclusão foram os artigos: produzidos por outros profissionais da área da saúde, em outros idiomas, que não abordavam o tema, apresentados em conferências, pesquisas realizadas em outros países e publicados antes do ano de 2000.

Mediante os resultados obtidos foi estabelecida uma segunda etapa de revisão. Elegeram-se os DECS violência, violência doméstica, violência contra mulher, violência sexual, violência intrafamiliar, mulheres maltratadas e para violência contra a mulher. Os critérios de inclusão para esta segunda etapa foram os artigos publicados em periódicos e indexados nas bases de dados BIREME, MEDLINE, LILACS, PUBMED e SciELO, cujos autores de alguma forma mencionavam as NHB comprometidas pela violência ou as consequências da violência, publicados em português, inglês e espanhol no período compreendido entre 2004 e 2008, artigos completos e de acesso gratuito.

Os critérios de exclusão na segunda etapa foram para: os artigos sobre mortalidade por homicídios, artigos sobre anos potenciais de vida perdidos, conferências, palestras em eventos, teses, dissertações, boletins epidemiológicos, livros, leis, relatórios e notas de jornais.

A exploração temática foi realizada com suporte da análise de

conteúdo e da Teoria de Horta.

Para a coleta de dados e sua sistematização foi elaborado um quadro com os seguintes variáveis: código do artigo, referência artigo, idioma, tipo de publicação, assunto, ano de publicação, se referiam ou não a Teoria de Horta, NHB mencionadas ou não nos artigos. Os dados foram agrupados por NHB e sistematizado em planilha eletrônica, adotando-se o programa Excel. Os dados foram sistematizados, calculadas as frequências absolutas e percentuais, e para facilitar a visualização foram construídos quadros e gráficos com suporte do programa Microsoft Office Excel 2003. (Excel, MO,2003) .

4.2 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH) por meio do parecer substanciado – Projeto nº 209/2008 (Anexo C) e os dados foram obtidos em fontes secundárias.

5 RESULTADOS

A forma escolhida para a apresentação dos resultados desta pesquisa é a de artigos científicos. Os artigos serão encaminhados para publicação, com a finalidade de difundir os resultados no contexto da comunidade científica e da sociedade em geral e, também, facilitar o acesso pelos profissionais da área da saúde de diferentes partes do mundo. Assim o leitor poderá compreender que o tema violência contra as mulheres inclui vários subtemas, como os mencionados a seguir e que, cada um deles, representa um recorte sobre a violência e se constitui em um artigo:

- Violências contra mulheres amazônicas;
- Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém: Estudo exploratório;
- Homicídios contra mulheres “paroaras” residentes em Belém: Estudo exploratório;
- Mulheres “paroaras” e violência: Anos potenciais de vida perdidos em homicídios; e
- Violência contra a mulher: implicações para o cuidado de enfermagem.

5.1 Artigo I – Violências Contra Mulheres Amazônicas

Artigo submetido sob o número 957/2009, à *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, ISSN 0104-1169 versão impressa e ISSN 1518-8345 versão on-line, Periódico Científico com classificação Qualis CAPES A2, apresentado conforme as Instruções para Publicação da própria Revista (Anexo D). Nos apêndices foram incluídos o Formulário Individual de Declaração de responsabilidade (Apêndice D); de Transferência de Direitos Autorais (Apêndice E) e a Declaração de Pesquisa em Seres Humanos (Apêndice F).

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES AMAZÔNICAS
VIOLENCE AGAINST AMAZONIAN WOMEN
VIOLENCIA CONTRA MUJERES AMAZÓNICAS**

- 1 Vera Lúcia de Azevedo Lima
- 2 Maria de Lourdes de Souza
- 3 Marisa Monticelli
- 4 Marília de Fátima Vieira de Oliveira
- 5 Carlos Benedito Marinho de Souza
- 6 Carlos Alberto Leal da Costa
- 7 Odaléa Maria Bruggemann

- ¹ Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) na Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade - Modalidade DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: veraluci@ufpa.br
- ² Enfermeira, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Membro do Núcleo de Pesquisa Cuidando e Confortando e Docente do PEN/UFSC, Coordenadora Geral da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), e-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br
- ³ Doutora em Enfermagem, Docente do PEN/UFSC, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), e-mail: marisa@nfr.ufsc.br
- ⁴ Enfermeira, Doutoranda do PEN/UFSC na Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade - Modalidade DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: mariliafvo@hotmail.com
- ⁵ Enfermeiro, Mestre em Assistência de Enfermagem pelo PEN/UFSC, e-mail: cbmarinho@oi.com.br
- ⁶ Bacharel em Biblioteconomia, Integrante da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), Universidade Federal de Santa Catarina, e-mail: carlos@repensul.ufsc.br
- ⁷ Doutora em Tocoginecologia, Docente do PEN/UFSC, Participante pesquisadora do GRUPESMUR, e-mail: odalea@nfr.ufsc.br

Endereço:

Vera Lúcia de Azevedo Lima
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal do Pará
Rua Generalíssimo Deodoro – Praça Camilo Salgado, n. 1, Umarizal
CEP – 66055-240 – Belém/PA. Telefone (091) 32444320
veraluci@ufpa.br

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES AMAZÔNICAS
VIOLENCE AGAINST AMAZONIAN WOMEN
VIOLENCIA CONTRA MUJERES AMAZÓNICAS

RESUMO: Estudo exploratório de natureza qualitativa, com o objetivo de analisar a violência contra mulheres amazônicas, apresentada na mídia impressa, segundo o tipo e sua gravidade, e citação de enquadramento do agressor na Lei Maria da Penha. Foram consultados 181 exemplares de um jornal regional, publicado de janeiro a junho de 2007. A partir da análise de conteúdo foram selecionadas 164 notas sobre violências contra mulheres e incluídas como corpus de análise 46 delas. Os resultados foram reunidos em três grupos temáticos: mulheres assassinadas com crueldade; violência sexual contra mulheres não tem idade; e violência contra mulheres e o limite da Lei Maria da Penha. A violência contra essas mulheres apresentou variação quanto à forma e à gravidade, ocorrendo inclusive homicídio. As mulheres são submetidas à violência sexual desde a infância até a idade adulta. O enquadramento legal do agressor demonstra à comunidade um meio para enfrentamento deste fenômeno social.

DESCRITORES: violência; mulheres; meios de comunicação.

ABSTRACT: This is an exploratory study of qualitative nature. The goal is to examine violence against Amazonian women presented in printed media, according to the type and severity, and how aggressors are dealt with according to the "Maria da Penha" Law. 181 copies of a newspaper, published from January to June 2007, were consulted. Content analysis was employed to select 164, and this led to a body of analysis which included 46 of them. The results were organized into three main thematic groups: women killed with cruelty; sexual violence against women demonstrating no respect for age, and violence against women and the limits of the Law. The violence against these women varies as to the form and severity, but it sometimes includes murder. Women are subjected to sexual violence from childhood to adulthood. However, the legal framework surrounding the offender demonstrates to the community a means of confronting this social phenomenon.

DESCRIPTORS: violence; women; communications media.

RESUMEN: Estudio exploratorio de naturaleza cualitativa, con el objetivo de analizar la violencia contra mujeres amazónicas, presentado en los medios de comunicación impresos, según el tipo y su gravedad, y encuadramiento del agresor en la Ley “Maria da Penha”. Fueron consultados 181 ejemplares de un periódico, publicados de Enero a Junio de 2007. A partir del análisis del contenido fueron seleccionadas 164 notas e incluidas como “corpus de análisis” 46 de ellas. Los resultados fueron reunidos en tres grupos temáticos: mujeres asesinadas con crueldad; violencia sexual ocurre en mujeres de diferentes edades; y violencia contra mujeres y la Ley. La violencia contra esas mujeres presentó variación en cuanto a la forma y a la gravedad, ocurriendo inclusive homicidio. Las mujeres son sometidas a violencia sexual desde la infancia hasta la edad adulta. El encuadramiento legal del agresor demuestra a la comunidad un medio para enfrentamiento de este fenómeno social.

DESCRIPTORES: violencia; mujeres; medios de comunicación.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher suscita, na maior parte das pessoas, clara rejeição. Isso decorre, em grande parte, do trabalho realizado pelas organizações de mulheres que, desde o final dos anos 70, denunciam a violência de gênero como uma grave violação dos direitos humanos. Atualmente, a mídia escrita tem veiculado o assunto, principalmente, nas páginas policiais, embora o apresente também como uma questão de saúde, de direitos e de políticas públicas.

A violência contra as mulheres, apresentada na mídia em geral, ressalta a desigualdade social e de gênero, faz denúncias sobre crimes, desvela “personagens” da sociedade, além de ressaltar a magnitude do problema, ao trazer as ocorrências policiais e as controvérsias sociais que incidem nas comunidades. Neste contexto, a violência de gênero é um problema que, por sua magnitude, deve ser considerado como uma epidemia, um problema de saúde pública e de segurança pública, portanto, um tema de interesse público.

A violência é de interesse público porque tem aumentado a frequência com que ocorre e, de modo geral, afeta a vida das pessoas, principalmente daquelas que vivem nos grandes centros urbanos. São diferentes os tipos de violência contra a mulher no contexto doméstico e social: a física, a psicológica, a sexual, sendo que todos esses tipos de

violência vêm crescendo de maneira desordenada no mundo inteiro.

Investimentos foram realizados pela Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), em um projeto para analisar a importância da violência e sua veiculação pela mídia no contexto internacional, assim como a influência de diversas experiências de agressividade na vida real e os diversos meios de comunicação disponíveis para as crianças⁽¹⁾.

A violência abrange tanto o âmbito individual quanto o coletivo: a “física”, que engloba homicídios, agressões, violações, roubos à mão armada; a “econômica”, que consiste na apropriação indevida de propriedade e de seus bens; e ainda, a “moral e simbólica”, que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando o direito dos outros⁽²⁾.

O Brasil tem, na sua história, as marcas da violência, e muitas mulheres tiveram suas vidas associadas a este fenômeno. Decorrente de muitas denúncias houve a conquista da Lei Maria da Penha, que se constitui como um dos instrumentos de proteção social à mulher e que visa reduzir a ocorrência do fenômeno e punir os agressores. Esta lei, com o número 11.340, entrou em vigor a partir de 22 de outubro de 2006. No Artigo 44 determina pena de detenção para o agressor, de três meses a três anos⁽³⁾.

Apesar da existência desta lei, no município de Belém, de janeiro de 2004 a setembro de 2006, aproximadamente 23.746 mulheres em situação de vítimas de violência buscaram ajuda na Delegacia da Mulher⁽⁴⁾.

A partir da década de 1980, o tema tem conquistado espaço crescente na mídia. A violência é apresentada como relacionada à disputa pelo poder e como fenômeno que emerge com a possibilidade de negociação, de redefinição do entendimento da realidade e da construção de novos conceitos⁽⁵⁾.

A mídia, de modo genérico, representa os meios de comunicação, e se constitui em veículos para a divulgação de assuntos de interesse da sociedade. Os meios de comunicação de massa são fundamentais como formadores de opiniões, em termos de orientações culturais, diferentes visões sobre as crenças no mundo, disseminação global de valores e imagens. Mediante esta importância, este estudo foi desenvolvido norteado pela seguinte pergunta: a violência contra as mulheres amazônicas e o seu desfecho são apresentados pela mídia escrita? Mediante esta pergunta foi definido como objetivo do estudo: analisar a

violência contra as mulheres amazônicas apresentada na mídia paroara*, identificando-se o tipo de violência e sua gravidade, e o enquadramento do agressor na Lei Maria da Penha⁽³⁾.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo exploratório, de natureza qualitativa. Foram consultados 181 exemplares de um Jornal regional, publicado de janeiro a junho de 2007, sendo selecionadas 164 notas, nos cadernos de atualidades e policial, sobre a violência contra as mulheres amazônicas ocorrida neste período. Destas, foram incluídas como *corpus* de análise, 46 delas, uma vez que atendiam aos critérios de inclusão: narrar violência contra mulheres amazônicas, ou seja, as residentes nos estados do Acre, Rondônia, Amapá, Roraima, Amazonas e Pará, independente do local de nascimento e faixa etária. Foram excluídas 118 notas, por abordarem a violência fora da Região Amazônica do Brasil e em outros países, violência à saúde, assaltos e acidentes por causas externas.

A exploração das notas de jornal foi realizada com a técnica de análise de conteúdo, sendo que esta representa “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”⁽⁷⁾.

A análise de conteúdo foi aplicada observando a pré-análise feita por intermédio da leitura dos exemplares diários do jornal, a fim de identificar as notas sobre a violência contra as mulheres amazônicas para, então, proceder à organização e à leitura dessas notas. Em seguida foi aplicada a regra da exaustividade, que consistiu na leitura das notas publicadas nesse jornal, buscando compreendê-las como um todo, não priorizando ou descartando qualquer dado. Também foi perscrutada a homogeneidade, para identificar a pertinência e a aderência das notas do jornal, no que se refere à ocorrência da violência contra as mulheres, conforme pré-estabelecido no objetivo do estudo.

Desta maneira, foi possível observar as repetições das palavras e frases que surgiram e, então, agrupá-las em categorias temáticas emergentes dos relatos apresentados nas notas publicadas no jornal. A partir deste momento, os fatos narrados pela mídia escrita foram

* Paraense⁽⁶⁾.

reunidos em três grupos temáticos: a) Mulheres assassinadas com crueldade; b) Violência sexual contra mulheres não tem idade e c) Violência contra mulheres e o limite da Lei Maria da Penha, que serão apresentados nos resultados deste estudo.

RESULTADOS

Das 46 notas analisadas, 20 (43,4%) foram inseridas na categoria **Mulheres assassinadas com crueldade**, sendo que os conteúdos apresentavam diversas formas de violência, seja com o uso da arma de fogo, de faca, ou espancamento corporal.

[...] M.N.P. 33 anos foi assassinada com três tiros na madrugada [...]. No corpo de M.N.P. havia três perfurações à bala, na cabeça, no tórax e no abdômen, conforme descreveu o delegado. Ananindeua/PA. (nota publicada em 4 de janeiro de 2007, p. 03, Caderno Policial)

[...] A dona de casa C.L.G.G., de 39 anos. Ela foi liquidada com um tiro, possivelmente de pistola, que atravessou seu tórax [...] (nota publicada em 15 de janeiro de 2007, p.04, Caderno Policial)

[...] Baleada, ela ainda teve forças para andar alguns metros, onde seu esposo estava bebendo com alguns amigos, se abraçou com ele e disse “R., me mataram”, e em seguida desfalceu [...]. Apeú-Castanha/PA. (nota publicada em 15 de janeiro de 2007, p.04, Caderno Policial)

Uma mulher grávida de quase quatro meses apareceu morta, seminua, com marcas de espancamento no nariz e suspeita de estar com pescoço quebrado às margens da Baía do Guajará [...]. Belém/PA (nota publicada em 19 de janeiro de 2007, p.04, Caderno Policial)

Uma mulher foi assassinada com um golpe profundo no pescoço e quase tem a cabeça decepada do corpo [...] Ananindeua/PA. (nota publicada em 07 de fevereiro de 2007, p.03, Caderno Policial).

[...] A mulher teve as pernas separadas do corpo e tinha um pedaço de madeira dentro da genitália. Dom Eliseu/PA (Matéria publicada em 04 de maio de 2007, p.11, Caderno Atualidade)

[...] A agricultora A.S.E, 26 anos, que estava grávida de quatro meses. Na última terça-feira, 15, depois de descobrir que A. S. estava tendo um caso amoroso com um integrante do grupo, o quarto acusado, identificado apenas como “Chico”, pegou a espingarda e efetuou um disparo contra a vítima, que teve morte instantânea. Em seguida, os quatro pegaram uma faca, que era usada na cozinha do barraco onde os homens estavam abrigados, abriram o abdômen de A. e retiraram o

feto e as vísceras da vitima. Depois os acusados amarraram o corpo da agricultora e jogaram-no no Rio Capim, fazendo o mesmo com o feto e as vísceras logo em seguida [...]. Ipixuna/PA (nota publicada em 02 de maio de 2007, p.06, Caderno Policial)

[...] E.P.S., 36 anos, assassinada na noite de terça-feira com sete facadas enquanto dormia em uma rede [...]. Altamira/PA (nota publicada em 30 de março de 2007, p.02, Caderno Policial)

Foram encontradas 16 (34,8%) notas de jornal que revelaram que a **Violência sexual contra a mulher não tem idade**, visto que se referiam a ocorrências em diferentes ocasiões da vida.

P.A.S.N., de 24 anos, é acusado de sequestrar e abusar sexualmente de uma mulher [...]. O acusado teria obrigado a jovem a entrar em um carro preto levando-a para uma área deserta, onde haveria praticado atos libidinosos com ela [...]. Belém/PA (nota publicada em 02 de janeiro de 2007, p.03, Caderno Policial)

Menina de três anos sofreu abuso sexual no final da noite de sábado, antevéspera de Ano Novo, após a mãe deixá-la em casa sozinha [...]. O principal suspeito é o vigilante J.R.P. R, o “Rambo”, de 37 anos. [...] Assim que retornou à residência, 15 minutos depois de se ausentar, ela encontrou a porta da casa escancarada e avistou a filha sangrando nas partes íntimas e em estado pavoroso. A menina contou o ocorrido, relatando que também foi vitima de atos libidinosos diversos de conjunção carnal, acusando J.R como autor da barbárie [...] Belém/PA (nota publicada em 02 de janeiro de 2007, p.03, Caderno Policial)

Vítima de 13 anos diz que era submetida à violência do parente desde os 11 anos. [...] C.O. P. S de 55 anos, o suspeito de molestar a adolescente desde quando tinha 11 anos. [...] quando a menina completou 11 anos de idade, C.O teria passado a atacá-la, praticando atos libidinosos com a sobrinha. Ao completar 12 anos, o acusado teria conseguido estuprá-la, segundo a denúncia. Foram expedidas várias intimizações e caso C. não compareça a seccional a delegada vai solicitar sua prisão preventiva. Ananindeua/PA (nota publicada em 16 de fevereiro de 2007, p.05, Caderno Policial)

[...]A.H.A.S., o “Boi”, 19 anos, está preso acusado de estuprar uma adolescente de 14 anos no final da tarde de sábado, em Icoaraci. [...] a vitima foi arrastada até um Box comercial [...]. O estuprador ameaçava cortar a garganta da vitima com uma faca. “Boi” violentou a jovem e depois a esmurrou violentamente no rosto. Depois da violência sexual ele fez ameaças à adolescente, dizendo que quebraria sua cabeça

com um tijolo. “Boi” foi autuado em flagrante por atentado ao pudor e está preso na Seccional de Icoaraci. Belém/PA (nota publicada em 19 de fevereiro de 2007, p.05, Caderno Policial)

[...] Uma jovem foi espancada e estuprada por dois homens desconhecidos, quando se divertia em um bar nas margens do canal Água Cristal, no Benguí. [...]. Ananindeua/PA (nota publicada em 19 de fevereiro de 2007, p.05, Caderno Policial)

Uma adolescente de 17 anos foi brutalmente estuprada e espancada na madrugada de ontem em um terreno abandonada [...]. Ulianópolis/PA (nota publicada em 29 de março de 2007, p.01, Caderno Policial)

Foi encontrado em 10 (21,8%) notas de jornal o registro de que a **Lei Maria da Penha foi aplicada quando da ocorrência da violência contra a mulher.**

Uma mulher grávida de trigêmeos acusa seu namorado de agressão. P.S. S de 29 anos acionou a policia que seu namorado teria dado um soco em sua bariga e outro em seu braço, em via pública. [...] “Espero que fique preso, porque agora a lei é mais severa”, disse a vítima. Belém/PA (nota publicada em 11 de janeiro de 2007, p.03, Caderno Policial)

[...] O marítimo J.M.Q., de 60 anos que vinha a algum tempo usando um fio elétrico para espancar sua companheira S.S.M., de 25 anos está recolhido no Centro de Detenção Provisória do Coqueiro. Ele foi preso em flagrante com o “chicote” no bolso e enquadrado na Lei 11.304, de 2006, a chamada “Lei Maria da Penha”. [...] Ele chegou a espancá-la com o “chicote” várias vezes. A última surra aconteceu dia três passado, quando o marítimo aplicou várias chicotadas nela e ainda a espancou com chutes e socos [...] Ananindeua/PA. (nota publicada em 09 de fevereiro de 2007, p. 02, Caderno Policial)

[...] M.N.S.S., de 41 anos relatou a policia que A.C.S. a atingiu com um pedaço de ripa [...] Detido o pintor confirmou que agrediu a mulher. “Nós brigamos e eu acertei algumas ‘ripadas nela’”, disse. Marituba/PA. (nota publicada em 22 de fevereiro de 2007, p. 03, Caderno Policial)

DISCUSSÃO

A violência contra a mulher é reconhecida como um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos no mundo inteiro. Esta,

por sua vez, representa risco para a saúde da mulher, haja vista as consequências que carrega para o seu desenvolvimento e também para a sua efetiva participação social.

As notas de jornal revelam que as mulheres amazônicas são vítimas de violência com crueldade nas mais diversas situações. A mídia descreve o evento de maneira explícita, de modo compreensível para toda a população, e isto pode se constituir em formação de opinião da sociedade, contribuindo para sua educação. Isto, de certo modo, reflete que a leitura do mundo é mais importante do que a leitura da palavra, ou seja, é preciso que os fatos sociais sejam transformados em informações com linguagem acessível à população e cheguem aos mais diferentes recantos⁽⁸⁾. Os conteúdos das notas apontam que a mulher, em muitas situações, não teve chance de defesa, ficando nas mãos de seus agressores, que buscaram as partes do corpo mais vital para mulher, ou seja, cabeça, tórax e abdômen. Estas agressões são referidas nas notas de jornal como violências que, dependendo da intensidade, acabam por resultar em homicídio. É fundamental, portanto, difundir os problemas e os direitos sociais, sendo que a mídia escrita se constitui em veículo para a formação de opinião.

A violência física é classificada em moderada e severa⁽⁹⁾. Nas notas do jornal foi observado que as vítimas foram submetidas a violências severas e com uso de vários meios, o que revela a agressividade a que as mulheres estão expostas. A violência se agrava em todo o mundo como um fenômeno complexo. Há que se considerar ainda que os agressores são vítimas também. Isto porque a violência pode retratar sofrimento mental, uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, e outros fenômenos sociais. Portanto, as vítimas necessitam de cuidado com a perspectiva de evitar reincidências e violências de maior gravidade, que podem culminar em morte.

A violência sexual contra as mulheres ocorreu em diferentes idades. Nas notas é descrito esse tipo de violência perpetrado pelo agressor em mulheres adultas, adolescentes e em crianças em diferentes idades.

A violência sexual contra a mulher é a forma de violência mais comum praticada por parceiro íntimo. A mesma é entendida como ação ou conduta em que ocorre o controle e a subordinação da sexualidade da mulher e também como uma forma do homem demonstrar o seu poder e a sua força física. Esta é também desencadeadora de várias situações sociais de conflito a que as mulheres estão submetidas quando é exercida por membros da família, namorado ou conhecidos. As mulheres, em geral, estão emocionalmente envolvidas com quem as

vitimiza e, em grande parte, dependem economicamente do algoz, exceto nos casos de estupro em via pública. Esta violência ocorre em todos os países do mundo, independentemente de grupo social, econômico, religioso ou cultural⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Este tipo de violência ocorre em ampla variedade de situações, tais como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. Assim, a violência sexual, da qual as mulheres são as maiores vítimas, inclui, entre outros: o estupro, atos obscenos, carícias não consentidas, sexo forçado na relação conjugal e o impedimento pelo parceiro do uso de métodos contraceptivos, ferindo os direitos reprodutivos da mulher⁽¹²⁾. Considerados crimes hediondos, consumados ou não, o estupro e o atentado violento ao pudor caracterizam-se por um contato sexual não consentido⁽¹³⁾.

É necessário ainda destacar que o profissional de saúde necessita estar informado sobre os fenômenos emergentes na sociedade, o modo como incidem, as sequelas associadas que, em geral, resultam em atendimento nos serviços de saúde. A violência contra as crianças gera sofrimentos mentais que poderão acompanhar a mulher por todos os anos em que a mesma viver e se constitui em crime hediondo na sociedade.

A violência também foi exercida contra a mulher durante o período gestacional e carreou consequências graves, como hemorragias e interrupção da gravidez. Na literatura consultada há citação de que a violência física contra mulheres grávidas aumenta o risco de prematuridade, sofrimento fetal ou morte, e de nascimento com baixo peso⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A violência contra a mulher grávida se constitui em violência grave, pois incide sobre a mulher, o conceito e a sociedade.

As notas de Jornal citam a aplicação da Lei Maria da Penha nos casos apresentados. A existência da Lei e sua aplicação se constituem em instrumento para redução da violência contra as mulheres. Esta lei constitui também em instrumento jurídico para que a sociedade compreenda que violência contra as mulheres se constitui em delito haja vista que fere os direitos humanos. A violência contra mulheres, patologia social que envolve homens e mulheres, no Brasil, é objeto de várias diretrizes políticas para a sua redução, e esta lei retrata que os direitos devem ser protegidos, inclusive pela força da lei.

A violência contra a mulher, como fenômeno social, vem sendo estudada, e os resultados encontram-se publicados em revistas científicas de reconhecida qualificação, como é o caso deste Periódico de Enfermagem, como associada ao uso de drogas e resultando em problemas no contexto da família e do trabalho⁽¹⁶⁾. O uso de drogas,

lícitas e ilícitas, por jovens universitários, também é apresentado como desencadeador de violência⁽¹⁷⁾. Além disso, o papel materno no contexto de mulheres com filhos pequenos que fazem ou fizeram tratamento para o problema da dependência de álcool ou drogas também é destacado⁽¹⁸⁾. A violência sexual contra as mulheres é, também, analisada em relação ao risco para o HIV e adoção de quimioprofilaxia⁽¹⁹⁾. Por outro lado, há análise acerca da auto-estima de mulheres que foram violentadas sexualmente e o suporte representado pelos profissionais da área da saúde para a superação dos danos resultantes dessas vivências⁽²⁰⁾. Tais publicações representam argumentos científicos que reafirmam a violência contra a mulher como fenômeno social.

CONCLUSÃO

O tema violência é pauta de discussão em vários países do mundo. A principal causa dessas discussões é o aumento de casos e da gravidade. Portanto, os profissionais de saúde necessitam estar informados sobre os fenômenos emergentes na sociedade, e o modo como incidem, visto que se trata de problema de saúde pública e muitas das vezes resultam em atendimento nos serviços de saúde.

A violência, na realidade amazônica, registrada no jornal, apresentou tipo e gravidade variada. Em pleno século XXI a mulher é submetida à socos e pontapés, à surras com fio elétrico e com ripa de madeira, à escalpe, e também, à violência sexual.

A violência de todos os tipos e gravidade incide em mulheres de diferentes faixas etárias. O desfecho da violência também está associado ao homicídio e este é realizado com armas de fogo, arma branca e outros meios. Os meios e a forma dos homicídios contra as mulheres denotam crimes bárbaros como o esquartejamento, cortes profundos na região do pescoço, abertura de abdômen com exposição de vísceras e retirada de feto, além da introdução de madeira em órgãos genitais.

A violência sexual ocorre contra mulheres de diferentes faixas etárias e culmina, inclusive, em homicídio. Foi observado que a violência sexual está associada à violência física e, também, a outras ameaças.

As notas de jornal revelam que há enquadramento do agressor na Lei Maria da Penha, e que também este recurso foi buscado pela própria mulher, quando a mesma sobreviveu à violência.

Os resultados desse estudo revelam que a violência é uma

realidade social retratada pela mídia paraora com linguagem acessível à população em geral, particularmente às pessoas que sabem ler e têm acesso a jornal.

A mídia, ao destacar os temas de relevância social, além de influenciar comportamentos da sociedade, colabora diretamente para a construção de políticas públicas. Portanto, muito mais que fomentadora do comportamento violento de um cidadão, a mídia deve ser entendida como instrumento de controle social que contribui (ou não) para que o Estado assuma seu papel à frente a essas questões. No caso brasileiro, é fundamental ainda para divulgar a Lei Maria da Penha, que assegura direitos à mulher, como proteção do Estado, e sanções ao agressor.

Destacam-se como contribuições, do presente estudo, para o conhecimento já publicado a adoção de fonte de dados que seja de uso corrente de grande parte da população (jornal), assim como a transformação de dados de domínio público como informações que retratam um determinado contexto brasileiro (Amazônia). A leitura de um Jornal, como componente da metodologia de um estudo, também se constituiu num diferencial. O resultado desta leitura se constitui em argumentos para que os enfermeiros e outros profissionais de saúde compreendam como a violência contra as mulheres é vista pela sociedade. Essa aproximação com a realidade cotidiana fornece subsídios para poder estimular as mulheres, durante o cuidado de enfermagem, a conhecer os problemas e encontrar estratégias para superá-los.

REFERÊNCIAS

1. Moraes CR, Rosa SRA. Violência: uma questão para se refletir. *Lato & Sensu* 2003 out.;4(1):3-5.
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência IV: os jovens do Brasil. Brasília: Unesco, Instituto Ayrton Senna, Secretaria Estadual dos Direitos Humanos; 2004.
3. Lei nº 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: DOFC, nº 000001, Seção 1, 08 ago. 2006.
4. Quadros M. Mais de 8,8 mil de mulheres são vítimas da violência. *O Liberal - Cad Cidades* 2007 nov 25; f. 1:8-9.
 5. Guerra VML. Um estudo da cultura midiática: violência, representação e poder. In: *Encontro Regional da ABRALIC 2007: Literaturas, Artes, Saberes*; 2007. julho 23-25. São Paulo (SP). São Paulo: USP; 2007.
 6. Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Curitiba: Positivo; 2004. Paroara; p. 1272.
 7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PT): Edições 70; 1977.
 8. Freire P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo (SP): Ed. da UNESP; 2001.
 9. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França I, Pinho A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):470-7.
 10. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59(10):818-21.
 11. Casique L, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2006 dez [Acesso em: 05 set 2008]; 14(6):950-6. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf.
 12. Rotania AA, Dias IMV, Sousa KV, Wolff LR, Reis LB, Tyrrel MAR. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta para dentro. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2003 abr.; 7(1):114-25.
 13. Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. *Semina Cienc Biol Saude*. 2006 jan/jun; 27(1):3-11.
 14. Asling-Monemi K, Rodolfo P, Ellsberg MC, Persson LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bull Wrlld Health Org*. 2003; 81(1):10-6.

15. Audi CAF, Segall-Correa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública* [online]. 2008 [Acesso em: 16 set 2008]; 42(5):877-85. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n5/6642.pdf>.
16. Castillo MMA, Oblitas FYM, Caufield C, Meza, MVG. Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2006 mar/abr [Acesso em: 05 set 2008]; 14(2):155-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a02.pdf>.
17. Chavez KAP, O'Brien B, Pillon SC. Uso de drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2005 nov/dez [Acesso em: 05 set 2008]; 13(n. spe2):1194-200. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/pt_v13nspe2a14.pdf.
18. Galera SAF, Roldán MCB, O'Brien B. Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) - papel maternal. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2005 nov/dez [Acesso em: 05 set 2008]; 13(n. esp2):1142-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/pt_v13nspe2a07.pdf.
19. Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS, Macedo VG. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2007 jan-fev [Acesso em: 05 set 2008]; 15(1):7-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a02.pdf.
20. Vianna LAC, Bomfim GFT, Chicone G. Auto-estima de mulheres que sofreram violência. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [online]. 2006 set/out [Acesso em: 05 set 2008]; 14(5):695-701. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a09.pdf

5.2 Artigo II – Mortes violentas em mulheres “Paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório

Artigo a ser submetido à *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, ISSN 1678-4561 (Versão online) ISSN 1413-8123 (versão impressa) - Periódico Científico com classificação Qualis CAPES B1, apresentado conforme as Instruções para Publicação da própria Revista (Anexo E). No Apêndice G apresenta-se Carta de solicitação de publicação e declaração de transferências de direitos autorais.

**Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém:
estudo exploratório**
**Violent deaths in “paroara” women living in Belém: exploratory
study**
**Muertes violentas de mujeres “paroaras” residentes en Belem:
estudio exploratorio**

Vera Lúcia de Azevedo Lima¹
Maria de Lourdes de Souza²

¹ Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Doutorado - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade-Modalidade DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: veraluci@ufpa.br

² Enfermeira, Doutora em Saúde Pública – FSP-USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Coordenadora Geral da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), e-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br

Endereço:

Vera Lúcia de Azevedo Lima 1

Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal do Pará

Rua Generalíssimo Deodoro – Praça Camilo Salgado, n. 1, Umarizal

CEP – 66055-240 – Belém/PA. Telefone (091) 32444320

veraluci@ufpa.br

**Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém:
estudo exploratório**

**Violent deaths in “paroara” women living in Belém: exploratory
study**

**Muertes violentas de mujeres “paroaras” residentes en Belém:
estudio exploratorio**

Resumo: Estudo exploratório quantitativo fundamentado na epidemiologia descritiva. Nele são incluídas todas as mortes de mulheres “paroaras” residentes em Belém, ocorridas no período de 2003 a 2007 e é analisado o desfecho da violência física no conjunto das causas letais. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade e no banco de dados da Secretaria de Saúde do Estado do Pará. Os dados coletados foram sistematizados em grupos de causas, codificados conforme consta na Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão. No conjunto das 15.523 mortes as Agressões (X85-Y09) ocuparam a vigésima nona posição no conjunto das causas letais e após a aplicação do indicador Anos Potencias de Vida Perdidos (APVP) passaram a ocupar a décima terceira posição. As mortes violentas após aplicação do indicador APVP representam maior magnitude no conjunto das causas letais e provocam impacto social e econômico ao retirar mulheres jovens e em idades produtivas.

Palavras-chave: Homicídio; Agressão; Mulheres; Anos Potencias de Vida Perdidos.

Abstract: Exploratory quantitative study grounded on the descriptive epidemiology. Are included all the deaths of “paroara” women residents in Belém, occurred during the period from 2003 to 2007 inclusive, being analysed the outcome of physical violence in all the lethal causes. The data was obtained from the Mortality Information System and also the database available with the Secretary of Health of the state of Pará. The database was organized in groups of causes, coded in accordance with the International Classification of Deceases, Tenth Revision. In the overall, out of the 15.523 deaths the aggressions (X85-Y09) occupied the twenty-ninth position in all the lethal causes, and after the application of the indicator Potential Years of Life Lost (APVP) began to occupy the thirteenth’s position. The violent deaths after the application of the indicator APVP represent a greater magnitude in the

overall lethal causes and provoke a social and economical impact with the withdrawl of young women in their productive âge.

Key Words: Homicide; Aggressions; Woman; Potential Years of Life Lost.

Resumen: Estudio exploratorio cuantitativo fundamentado em la epidemiología descriptiva, en él son incluidos todas las muertes de mujeres “paroaras” residentes en Belem, ocurridas en el periodo de 2003-2007 y es analizado el resultado de la violencia física en el conjunto de las causas letales. Los datos fueron obtenidos del Sistema de Informaciones de Mortalidad y en el banco de datos de la Secretaria de Salud del Estado de Pará. Los datos colectados fueron sistematizados en grupos de causas, confirmadas conforme consta en la Certificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión. En el conjunto de las 15.523 muertes, las agresiones X85-Y09 ocuparon la vigésima novena posición en el conjunto de la causas letales. y después de la aplicación del indicador de anos potenciales de vida perdidos (APVP) pasaron a ocupar la décima tercera posición. Las muertes violentas después de la aplicación del Indicador APVP representan una mayor magnitud en el conjunto de las causas letales que provocan impacto social y económico al retirar mujeres jóvenes en edades productivas.

Palabras Claves: Homicidio; Agresión; Mujeres; Años Potenciales de Vida Perdidos.

INTRODUÇÃO

A violência é considerada um problema universal ¹. Apresenta grande magnitude e atinge homens e mulheres de todas as idades, classes sociais, faixas etárias, independente da cultura e por toda vida. Ela desencadeia danos físicos, sexuais e psicológicos e se manifesta por meio de atos individuais e/ou coletivos, podendo resultar em sequelas, doenças e mortes. É, portanto, um fenômeno complexo e tem múltipla causalidade ².

Os principais elementos desencadeadores da atitude violenta do agressor estão relacionados com problemas no contexto familiar e do trabalho, escolaridade, desemprego, salários baixos, falta de moradia, ingestão de álcool e uso de drogas ³⁻⁴. O álcool e outros tóxicos são considerados fatores precipitantes de episódios de violência. Essas substâncias são consumidas em larga escala no Brasil, principalmente por homens, levando-os a mudanças de humor que repercutem desfavoravelmente na mulher, submetendo-as à violência ⁵.

No Brasil, a violência tem sido tema de debates constantes. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, realizada em Belém em 1994, entendeu a violência como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado" ^{6,2}.

Nos últimos anos, o aumento da frequência da mortalidade violenta tem causado medo e insegurança na população. A Organização Mundial da Saúde estima que, aproximadamente, 1,6 milhão de pessoas morre a cada ano em decorrência da violência ⁷. Nos Estados Unidos, são 50 mil pessoas por ano ⁸. Em Medellín, na Colômbia, entre 1990 e 2002, o homicídio foi a primeira causa de morbidade e mortalidade, com 55.365 casos ⁹.

A violência como causa de morte corresponde ao Capítulo XX da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), denominado de Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V01-Y98). Neste capítulo estão incluídos: Acidentes de Transportes (V01-V99), Suicídios (X60-X84), Causas de Intervenção Indeterminada (Y10-T34), Intervenções Legais (X85-Y09) e os Homicídios (X85-Y09) ¹⁰.

Os Homicídios recebem o nome genérico de Agressões e, têm como característica a presença de uma terceira pessoa, que utiliza qualquer meio para provocar danos, lesões ou a morte da vítima ¹¹.

No Brasil, no ano 2000, ocorreram 118.367 mortes por causas externas, o que representou 12,5% do total de mortes. Este percentual

faz com que o país ocupasse o terceiro lugar entre os países com as maiores taxas de mortalidade por homicídios do mundo ¹².

Em 2002, morreram 126.657 pessoas no Brasil devido a acidentes e violências, constituindo 12,6% dos óbitos por todas as causas, com uma taxa de mortalidade por causas externas de 71,6 por 100 mil habitantes. Em 2003, dentre as causas externas específicas, as agressões (homicídios) e os acidentes de transportes apresentaram as mais elevadas taxas, 28,9 e 19,0 por 100 mil habitantes, respectivamente. Naquele ano, 51.043 (40,3%) mulheres morreram vítimas de agressões ¹³.

No Brasil, morreram, em 2003, 128.790 pessoas por causas externas – acidentes e violência, que corresponderam à terceira causa de óbito na população geral, após doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Dos óbitos por causas externas, os homicídios representaram 49.808, equivalendo a 39% do total de mortes. Percebe-se que ele tem crescido nas últimas décadas, em todo o País ¹⁴.

No estudo de Gawryszewski e Rodrigues ¹⁵, de um total de 126.520 pessoas que morreram vítimas de ferimento, 84,3% eram do sexo masculino e 15,6% do sexo feminino.

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes correspondem a altos custos sociais, econômicos, danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e, também, pelos anos de produtividade ou de vida perdidos ¹⁶.

A violência, em especial as que resultam em homicídios, representa a agressão máxima na sociedade brasileira e tem gerado políticas públicas a este respeito.

Diante do cenário a enfermagem deve buscar indicadores que retratem a tríade epidemiológica do fenômeno violência a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade. A magnitude é a posição ocupada pela violência e as mortes associadas no conjunto das doenças ou agravos que levaram à morte. Está relacionada com a quantidade (taxas de prevalência e de incidência). Para Organização Mundial de Saúde (2002) no mundo quase a metade das mulheres assassinadas é morta pelo companheiro ou ex. A violência é causa de 7% de todas as mortes de mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2001), revelou que uma em cada cinco brasileiras declara espontaneamente já ter sofrido algum tipo de violência por parte de um homem, a cada 15 segundos uma mulher é espancada por um homem, 1/3 das mulheres (33%) admite ter, em algum momento de sua vida, sofrido de alguma forma de violência física, 24% das mulheres foram vítimas de ameaças

com armas ou de cerceamento do direito de ir e vir, 22% sofreram agressões física e 13% foram objetos de estupro conjugal ou abuso.

Em Belém 23.746 mulheres vítimas de violência buscaram ajuda na Delegacia Especializadas da Mulher no período de janeiro de 2004 a setembro de 2006. Em 2007 e 2008, 5.149 e 6.354 mulheres vítima de violência compareceram as Delegacias Especializadas.

A transcendência valor social atribuído à violência. Custo pessoal e social da violência, o que passa a interferir diretamente nas relações sociais, econômicas, profissionais e culturais. A violência ocorre em todas as faixas etárias, classe social, níveis culturais, desencadeia a morte e resulta em perdas sociais.

E a vulnerabilidade da violência é relacionada com a disponibilidade de tecnologia e recursos para reduzir o dano. Corresponde ao quanto a violência pode ser controlada mediante investimentos e conhecimentos para reduzir sua evolução.

Considerando a relevância do tema, este estudo tem os seguintes objetivos: analisar o desfecho da violência física no conjunto das causas letais em mulheres “paroaras” residentes em Belém; identificar a posição dos homicídios no conjunto das causas letais em mulheres “paroaras”; identificar a posição dos homicídios no conjunto das causas letais em mulheres “paroaras” residentes e falecidas em Belém após aplicação do indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP); avaliar a magnitude do desfecho da violência física no conjunto das causas letais em mulheres “paroaras”.

METODOLOGIA

O método utilizado nesta pesquisa é fundamentado na epidemiologia descritiva, e o tipo de delineamento é o estudo exploratório. Nele, são incluídas as mortes de mulheres paraenses residentes em Belém, em todas as faixas etárias, no período compreendido entre 2003 e 2007¹⁷. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH) por meio do parecer consubstanciado – Projeto nº 209/2008.

Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do banco de dados do Departamento de Epidemiologia e Vigilância a Saúde (DEVS), da Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Pará. Os dados foram acessados no *site* <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extpr.def>, em 26

de fevereiro de 2009 ¹⁸.

Para a coleta de dados foi definido um roteiro com as seguintes variáveis: número de óbitos feminino e causa básica de óbito, no período de 2003 a 2007. O acesso ao bando de dados foi obtido com a autorização da DEVS, mediante a apresentação dos seguintes documentos: requerimento, cópia do projeto de pesquisa, cópia do parecer do Comitê de Ética da UFSC e carta de apresentação da orientadora para Diretora do DEVS. Os dados sobre todas as mortes foram coletados por causa básica, agrupados em grupos de causas, codificados conforme consta na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) ¹⁰.

A sistematização dos dados e os cálculos estatísticos foram realizados agrupando cada causa básica por faixa etária, ano a ano, no período de 2003 a 2007, resultando em 1.607 causas básicas. Os dados foram reunidos em 169 grupos de causas no período do estudo para obtenção do número absoluto das mortes, distribuição proporcional e a posição obtida pela frequência de óbitos e pelo APVP. Todos os cálculos foram realizados com o suporte o programa Microsoft Office Excel 2003 ¹⁹.

Para obtenção do APVP, multiplicou-se o número de óbitos em cada intervalo de idade pelo número de anos que faltavam para atingir a idade de 70 anos. A diferença entre os anos potenciais para viver e os realmente vividos foi obtida a partir do ponto médio de cada faixa etária. A soma dos resultados obtidos resultou no total de APVP, valor que representa o número estimado de perdas para uma causa específica ou para todas as causas.

Adotaram-se os critérios sugeridos pelo Ministério da Saúde ²⁰, que estabelece uma idade limite para o cálculo dos APVP em 70 anos, e a técnica aplicada foi a proposta por Romeder e McWhinnie ²¹, que estabelecem uma idade limite para o cálculo dos APVP com base na vida média da população.

RESULTADOS

Observadas todas as causas das 15.523 mortes de mulheres, ocorridas entre 2003 e 2007, as Agressões (X85-Y09) obtiveram uma frequência de 113 (0,73%) e ocuparam a 29ª posição no conjunto das causas letais. As Doenças Cerebrovasculares (I60-I69), a Influenza [gripe] e pneumonia (J10 - J18), as Doenças Isquêmicas do Coração (I20-I25), grupos das Neoplasias (tumores) malignas dos órgãos

digestivos (C15-C26) e as Causas mal definidas e desconhecidas (R95-R99) ocuparam, nesta sequência, as cinco primeiras posições (Tabela 1).

Esta situação se modifica quando é calculado e aplicado o indicador APVP sobre as causas letais. De 29^o colocada, a Agressão passa a ocupar a 13^a posição, com 2,01% sobre o total. Isso representou que as agressões (X85-Y09) foram responsáveis pela perda de potenciais anos para viver de 5.459 anos. Observadas as demais causas, as Infecções específicas do período perinatal (P35-P39) desencadearam a perda de 20.015 anos potenciais de vida – 7,39% sobre o total – ocupando a primeira posição. Os Transtornos Respiratórios e Cardiovasculares específicos do período perinatal (P20-P29), com 18.487 anos (ou 6,83% do total) ficaram na segunda posição. As Doenças Cerebrovasculares (I60-I69) com 14.325,0 (5,29%) ocuparam a terceira posição com 14.325 anos (ou 5,29%). As Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (C51 - C58) ocuparam a quarta posição com 13.327 anos (4,92%). E a quinta posição ficou com as Causas mal definidas e desconhecidas (R95-R99), com 13.106 anos, ou 4,84% sobre o total de anos perdidos (Tabela 1).

Dezenove grupos subiram de posição após o cálculo e a aplicação do indicador APVP. Dentre eles, está o grupo de Pedestre Traumatizado em um Acidente de Transporte (V01-V09), com 5.170 anos potenciais de vida perdidos, que ocupava a 26^a posição e subiu para a 15^a na ordenação das causas letais. No entanto, os grupos das Quedas (W00-W19), com 1.438 APVP, que ocupavam a 24^a posição, desceram para 42^a (Tabela 1).

Os dados da Tabela 2 mostram que as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (Capítulo XX; V01-Y98) somavam 581 óbitos e ocupavam a 9^a posição. Após a aplicação do APVP, passaram a ocupar o 6^o lugar, com 19.727 APVP, ou 7,27%.

DISCUSSÃO

A violência como causa de morte em mulheres nos últimos anos tem ocasionado impacto social e econômico no mundo. Portanto, discutir a realidade da violência tem sido objeto de diferentes estudos^{1, 22-32}.

Os indicadores de mortalidade proporcional e dos anos potenciais de vida perdidos servem para visualizar a realidade e o impacto econômico e social relacionados às mortes de mulheres por causas violentas. O indicador de mortalidade proporcional demonstra o número

e a proporção dos óbitos por agressões, descreve o quantitativo das mortes em mulheres, mas não atribui um valor a esta perda para sociedade. O cálculo e a aplicação do indicador APVP traduz os anos que potencialmente poderiam ser vividos pelas mulheres e, conseqüentemente, as perdas que desencadeiam impacto na sociedade, sua cultura e economia.

Considerando os objetivos do estudo, será aqui discutida a violência física entre o conjunto das causas letais de mortes e as causas externas de morbidade e mortalidade nas quais estão incluídas as agressões.

No conjunto das causas letais, observaram-se alterações na posição ocupada pelo número de óbitos, na proporção em relação ao total e, também, na ordenação após aplicado o APVP.

A posição ocupada por uma determinada causa letal está relacionada com a quantidade de óbitos que essa causa gerou, atribuindo a mesma gravidade a qualquer lesão independente da idade em que ocorreram os óbitos. No entanto, as causas de óbitos ordenadas após a aplicação do indicador APVP demonstra a importância social, medida em função do número de anos potenciais que a pessoa teria para viver, expresso pela idade. Quando a morte acontece numa etapa da vida produtiva, essa morte não afeta somente a mulher e o grupo em que ela vive, mas a sociedade como um todo, que é privada do potencial econômico e social.

Causa dos 113 óbitos, as Agressões (X85-Y09) ocuparam a 29ª posição em relação às causas letais dos 15.523 mortes de mulheres, registradas no período de 2003 a 2007 em Belém. Ao compararmos as agressões após a aplicação do APVP, observou-se mudança na ordenação das causas letais. As agressões subiram dezesseis posições. As mulheres potencialmente deixaram de viver 5.459 anos em relação ao conjunto de mortes de mulheres vítimas de homicídios.

O estudo mostrou uma perda maior nas mulheres “paróaras” do que o encontrado no estudo de Arnold et al.³³ que foi de 4.380 anos de vida perdidos por homicídios em mulheres residentes em Recife entre 2001 e 2002.

O estudo realizado por Arnold et al.³³ registra uma perda de 13.965 (59% do total) anos de vida de crianças e adolescentes por homicídios no Recife, embora estes resultados não sejam comparáveis aos achados nesse estudo, devido a que a faixa de idade no estudo de Arnold foi de um mês e 19 anos.

No grupo das Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, destacam-se as Agressões (X85-Y09) e Pedestre Traumatizado em um

Acidente de Transporte (V01-V09), respectivamente com 5.459 e 5.170 anos potenciais de vida perdidos, perfazendo um total de 10.630 anos potenciais de vida perdidos. Os resultados revelam que as violências e os acidentes encontram-se entre as principais perdas potencialmente de vida entre as Causas Externas. Em 1990, no Rio de Janeiro, as mulheres perderam 27.245 anos potencialmente de vida por causas externas e, em Santa Catarina, em 1995, 14.770 anos perdidos por homicídios ³⁴.

Em 1997, os homicídios situavam-se em primeiro lugar como causa de anos potenciais de vida perdidos no Brasil ³⁵. Em estudo que utiliza o indicador APVP na análise da mortalidade por causas externa no período de 1998 a 2003, os homicídios e acidentes de transportes desencadearam, respectivamente, 11.490 e 12.440 anos de vida perdidos ³⁶.

Em análise realizada em Fortaleza, no período de 1996 a 1998, das causas evitáveis, nas quais estavam incluídos os óbitos produzidos mortes violentas, as mulheres tiveram 20.584 anos potencialmente de vida perdidos ³⁷.

Cardoso e Anibal ³⁸ analisaram as mortes por causas externas em mulheres em idade fértil no Município de Cascavel, em um período de 10 anos (1991 a 2000). Um terço dessas mortes foi por homicídios, sendo 19 óbitos por arma de fogo. No estudo de Soares Filho et al ³⁹, a arma de fogo foi o principal instrumento utilizado em cerca de 70% dos homicídios ocorridos em 2003 ¹².

São altas as proporções de mortes por agressões utilizando as armas de fogo. Esses meios são reconhecidos como o mais provável de resultar em mortes do que qualquer outro.

No Brasil, em 2006, foi realizado um estudo considerando 200 municípios com maior número de homicídios na população total, e Belém ocupou o 15º lugar, com 34,7% dos homicídios ¹¹.

Estudos realizados no Estado de São Paulo e no Município de Salvador focalizaram-se em indicadores de desigualdade socioeconômica, indicadores de urbanização, concentração de renda, renda média mensal, escolaridade e raça/cor para melhor compreender a mortalidade por agressões nas populações selecionadas e concordam com a importância da desigualdade socioeconômica na predição da vitimização por homicídio ⁴⁰.

As causas letais assumem posições diferentes quando estão agregadas em capítulos: 9ª posição quando incluída no Capítulo das Causas Externas de Morbidade. Os achados apontam para uma mudança de comportamento social das mulheres, expondo-se mais ao risco de práticas violentas ao assumirem profissões antes ocupadas por homens.

CONCLUSÃO

A violência física no conjunto das causas letais de mulheres, registradas em Belém entre 2003 e 2007, ocupava a 29ª posição. Após o cálculo e a aplicação dos APVP, a ordenação dessas causas letais foi modificada e saltou para a 13ª posição, subindo 16 postos.

Apesar da violência física não estar entre as cinco principais causas de mortalidade em mulheres, acarreta impacto no conjunto das causas letais. Isto porque elimina da sociedade força produtiva, como trabalhadoras, como articuladoras das atividades educativas e culturais na família, que pode desencadear o abandono de filhos menores e a desagregação de mais que uma família.

A violência física no conjunto das causas letais demonstra ainda que há perdas sociais determinadas pela violência que culmina em morte. Estas perdas muitas das vezes poderiam ter sido evitadas nos serviços de saúde mediante um diagnóstico correto e os devidos encaminhamentos.

REFERÊNCIAS

1. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*. 2009;9(129):15p.
2. Vaiz Bonifaz RG, Nakano AMS. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2004[citado 2008-08-23];12(n. spe):433-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea20.pdf>>.
3. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):595-603.
4. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):604-10.
5. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(6):970-81.
6. OEA – Organização dos Estados Americanos. Convenção

interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - "convenção de Belém do Pará. 1994 julho 06 [Acessado em 2009 Jun 5]. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>

7. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
8. Karch DL, Lubell KM, Friday J, Patel N, Williams DD. Vigilância de mortes violentas - National Violent Death Reporting System, em 16 estados, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008 Apr 25;57(16):436.
9. Cardona M, García HI, Giraldo CA, López MV, Suárez CM, Corcho DC, et al. Homicídios em Medellín, Colômbia, entre 1990 y 2002: actores, Móviles y circunstancias. Cad Saúde Pública, 2005 mai-jun;21(3):840-51.
10. OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: OMS; 1995.
11. Waiselfisz JJ, editor. Mapa da violência dos municípios brasileiros. Brasília: OEI; 2007.
12. Gawryszewski VP, Rodrigues EMS. The burden of injury in Brazil, 2003. São Paulo Med J. 2006;124(4):208-13.
13. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;11(Sup):1211-22.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise da morte violenta segundo raça/cor. In: Saúde Brasil 2005 - Uma análise da situação de saúde [monografia na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Série 8 [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005parte3.pdf.
15. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. Cad Saúde Pública. 2004 jul-ago.;20(4):995-1003.

16. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
17. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
18. Brasil. Ministério da Saúde. SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) [database on the Internet]. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extpr.def>>. Acesso em: 26 Fev. 2009.
19. Excel, MO. Parte do produto Microsoft Office Professional Edição 2003 ed: Microsoft Corporation; Copyright ^(C) 1985-2003. SP1 ed; 2003.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Investigação sobre perfis de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
21. Romeder JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol*. 1977 Jun;6(2):143-51.
22. Corona AM, Nacach AZ, Romero DXF, Caamaño AFM, Prado MQ. Muertes violentas en Tijuana, Baja California, México. *Salud pública Méx*. 2008 mar.-abr.;50(2):104-5.
23. Hamzeh B, Farshi MG, Laflamme L. Opinions of married women about potential causes and triggers of intimate partner violence against women A cross-sectional investigation in an Iranian city. *BMC Public Health*. 2008 Jun 12;8:209.
24. Ntaganira J, Muula AS, Masaisa F, Dusabeyezu F, Siziya S, Rudatsikira E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. *BMC Women's Health*. 2008;8:17.
25. Guerrero R. ¿Qué sirve en la prevención de la violencia juvenil? *Salud Publica Mex*. 2008;50(supl 1):S86-S92.
26. Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Alvarez-Dardet. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit*. 2007;21:298-305.
27. Biroscak BJ, Smith PK, Post LA. A Practical Approach to Public

- Health Surveillance of Violent Deaths Related to Intimate Partner Relationships. *Public Health Rep.* 2006 Jul-Aug;121(4):393-9.
28. Suffla S, Van Niekerk A, Arendse N. Female homicidal strangulation in urban South Africa. *BMC Public Health.* 2008 Oct 21;8:363.
 29. Palazzo LS, Kelling A, Béria JU, Figueiredo ACL, Gigante LP, Raymann B, Et Al. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev saúde pública.* 2008 ago.;42(4):622-9.
 30. Wahed T, Bhuiya A. Battered bodies & shattered minds: violence against women in Bangladesh. *Indian J Med Res.* 2007 Oct.;126:341-54.
 31. Rodrigues RI, Cerqueira DRC, Lobão WJA, Carvalho AXY. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação *Cad Saúde Pública.* 2009 jan.;25(1):29-36.
 32. Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc saúde coletiva [online].* 2009 [acesso em 2009 jun 23];14(2):595-604. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a28v14n2.pdf>>.
 33. Arnold MW, Silva MA, Falbo Neto GH, Haimenis RP. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil na cidade do Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007 nov.;7(Supl. 1):S23-S28.
 34. Peixoto HCG, Souza ML. Anos potenciais de vida perdidos e os padrões de mortalidade por sexo em Santa Catarina, 1995. *Informe Epidemiológico do SUS.* 1999;8(2):47-52.
 35. Azevedo-Lira M, Drummond Junior M. Anos potenciais de vida perdidos no Brasil em 1980 e 1997. *Estudos Epidemiológicos.* Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2000.
 36. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):405-12.

37. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup 2):S263-72.
38. Cardoso MP, Aníbal F. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. *Cad Saúde Pública*, 2006 out.;22(10):2241-8.
39. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*, mar. 2007, 16(1):7-18.
40. Barata RB, Ribeiro MCSA. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. *Rev. Panam. Salud Pública*; feb. 2000;7(2):118-24.

Tabela 1. Posição da violência física no conjunto das causas letais e APVP, em mulheres “paroaras”, residentes em Belém, período 2003 a 2007.

Grupo	Causas letais	Óbitos			APVP		
		n	%	Posição	n	%	Posição
P35 - P39	Infecções específicas do período perinatal	288	1,86	14	20016	7,38	1
P20 - P29	Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	266	1,71	15	18487	6,82	2
I60 - I69	Doenças cerebrovasculares	1783	11,49	1	14325	5,28	3
C51 - C58	Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais femininos	587	3,78	9	13328	4,91	4
R95 - R99	Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	792	5,10	5	13106	4,83	5
J10 - J18	Influenza [gripe] e pneumonia	1006	6,48	2	12298	4,53	6
C15 - C26	Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos digestivos	815	5,25	4	10672	3,93	7
A30 - A49	Doenças bacterianas	429	2,76	11	9231	3,40	8
B20 - B24	Doenças pelo vírus do HIV	200	1,29	19	8480	3,13	9
C50	Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	400	2,58	12	8443	3,11	10
E10 - E14	Diabetes mellitus	719	4,63	6	7080	2,61	11
I20 - I25	Doenças isquêmicas do coração	945	6,09	3	6538	2,41	12
X85 - Y09	Agressões	113	0,73	29	5459	2,01	13
I30 - I52	Outras formas de doença do coração	682	4,39	7	5349	1,97	14
V01 - V09	Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	142	0,91	26	5171	1,91	15
Q20 - Q28	Malformações congênicas do aparelho circulatório	83	0,53	37	5166	1,90	16
C81 - C96	Neoplasias [tumores] malignas(os) do tecido linfático, hematopoético e de tecidos correlatos	207	1,33	18	5162	1,90	17
J95 - J99	Outras doenças do aparelho respiratório	480	3,09	10	4340	1,60	18
D37- D48	Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	176	1,13	21	3981	1,47	19
P05 - P08	Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	54	0,35	44	3753	1,38	20
Q00 - Q07	Malformações congênicas do sistema nervoso	54	0,35	45	3528	1,30	21
R00 - R09	Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	219	1,41	17	3451	1,27	22
M30 - M36	Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	77	0,50	40	3165	1,17	23
J40 - J47	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	673	4,34	8	3049	1,12	24

Continua...

Grupo	Causas letais	Óbitos		Posição	APVP		Posição
		n	%		n	%	
Continuação							
C30 - C39	Neoplasias [tumores] malignas(os) do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	253	1,63	16	2985	1,10	25
K70 - K77	Doenças do fígado	175	1,13	22	2969	1,09	26
N17 - N19	Insuficiência renal	194	1,25	20	2878	1,06	27
C76 - C80	Neoplasias [tumores] malignas(os) de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	160	1,03	25	2803	1,03	28
I10 - I15	Doenças hipertensivas	367	2,36	13	2718	1,00	29
A15 - A19	Tuberculose	96	0,62	35	2689	0,99	30
A0 - A09	Doenças Infecciosas	103	0,66	33	2598	0,96	31
Q80 - Q89	Outras malformações congênitas	37	0,24	56	2562	0,94	32
E40 - E46	Desnutrição	108	0,70	31	2383	0,88	33
W65 - W74	Afogamento e submersão acidentais	38	0,24	55	2135	0,79	34
K80 - K87	Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	132	0,85	28	1907	0,70	35
C69 - C72	Neoplasias [tumores] malignas(os) dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	70	0,45	42	1824	0,67	36
P00 - P04	Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	23	0,15	69	1599	0,59	37
X60 - X84	Lesões autoprovocadas intencionalmente	32	0,21	62	1560	0,58	38
E70 - E90	Distúrbios metabólicos	112	0,72	30	1493	0,55	39
G00 - G09	Doenças inflamatórias do sistema nervoso central	34	0,22	60	1485	0,55	40
D65 - D69	Defeitos da coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	38	0,24	53	1466	0,54	41
W00 - W19	Quedas	161	1,04	24	1439	0,53	42
J80 - J84	Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	168	1,08	23	1360	0,50	43
Y10 - Y34	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	23	0,15	70	1139	0,42	44
C45 - C49	Neoplasias [tumores] malignas(os) do tecido mesotelial e tecidos moles	45	0,29	51	1135	0,42	45
I05 - I09	Doenças reumáticas crônicas do coração	40	0,26	52	1080	0,40	46
C40 - C41	Neoplasias [tumores] malignas(os) dos ossos e das cartilagens articulares	34	0,22	59	1035	0,38	47
I26 - I28	Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	101	0,65	34	998	0,37	48

Continua...

Grupo	Causas letais	Óbitos			APVP		
		n	%	Posição	n	%	Posição
Continuação							
K55 - K63	Outras doenças dos intestinos	96	0,62	36	909	0,34	49
P50 - P61	Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	13	0,08	82	904	0,33	50
C00 - C14	Neoplasias [tumores] malignas(os) do lábio, cavidade oral e faringe	51	0,33	46	888	0,33	51
G90 - G99	Outros transtornos do sistema nervoso	32	0,21	61	869	0,32	52
O10 - O16	Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	14	0,09	81	730	0,27	53
B15 - B19	Hepatites virais	36	0,23	57	727	0,27	54
C64 - C68	Neoplasias [tumores] malignas(os) do trato urinário	46	0,30	49	718	0,26	55
O85 - O92	Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	15	0,10	79	708	0,26	56
K20 - K31	Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	54	0,35	43	698	0,26	57
D60 - D64	Anemias aplásticas e outras anemias	27	0,17	66	696	0,26	58
G40 - G47	Transtornos episódicos e paroxísticos	19	0,12	75	669	0,25	59
O00 - O08	Gravidez que termina em aborto	12	0,08	86	668	0,25	60
K90 - K93	Outras doenças do aparelho digestivo	79	0,51	39	650	0,24	61
P90 - P96	Outros transtornos originados no período perinatal	9	0,06	95	626	0,23	62
Q65 - Q79	Malformações e deformidades congênicas do sistema osteomuscular	9	0,06	97	626	0,23	63
L00 - L08	Infecções da pele e do tecido subcutâneo	35	0,23	58	619	0,23	64
V80 - V89	Outros acidentes de transporte terrestre	13	0,08	83	617	0,23	65
Q90 - Q99	Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	10	0,06	92	616	0,23	66
N30 - N39	Outras doenças do aparelho urinário	72	0,46	41	594	0,22	67
I70 - I79	Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	107	0,69	32	593	0,22	68
K65 - K67	Doenças do peritônio	28	0,18	65	587	0,22	69
Q38 - Q45	Outras malformações congênicas do aparelho digestivo	9	0,06	96	560	0,21	70
O60 - O75	Complicações do trabalho de parto e do parto	11	0,07	88	553	0,20	71
J90 - J94	Outras doenças da pleura	26	0,17	67	520	0,19	72
B50 - B64	Doenças devidas a protozoários	10	0,06	89	511	0,19	73
Y83 - Y84	Reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos sem menção de acidente ao tempo do procedimento	20	0,13	73	460	0,17	157

Continua...

Grupo	Causas letais	Óbitos			APVP		
		n	%	Posição	n	%	Posição
Continuação							
E00 - E07	Transtornos da glândula tireóide	18	0,12	76	445	0,16	74
A20 - A28	Algumas doenças bacterianas zoonóticas	20	0,13	72	435	0,16	75
E65 - E68	Obesidade e outras formas de hiperalimentação	19	0,12	74	423	0,16	76
P75 - P78	Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido	6	0,04	112	417	0,15	77
L80 - L99	Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	48	0,31	48	405	0,15	78
B35 - B49	Micoses	8	0,05	98	394	0,15	79
M60 - M79	Transtornos dos tecidos moles	46	0,30	50	380	0,14	80
C73 - C75	Neoplasias [tumores] malignas(os) da tireóide e de outras glândulas endócrinas	21	0,14	71	372	0,14	81
K35 - K38	Doenças do apêndice	14	0,09	80	368	0,14	82
B90 - B94	Sequelas de doenças infecciosas e parasitárias	16	0,10	78	362	0,13	83
V40 - V49	Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	7	0,05	108	360	0,13	84
G80 - G83	Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	7	0,05	105	353	0,13	85
Q30 - Q34	Malformações congênicas do aparelho respiratório	5	0,03	116	347	0,13	86
D55 - D59	Anemias hemolíticas	9	0,06	93	330	0,12	87
C43 - C44	Melanoma e outras(os) neoplasias [tumores] malignas(os) da pele	23	0,15	68	313	0,12	88
I80 - I89	Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	49	0,32	47	309	0,11	89
V20 - V29	Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	6	0,04	113	300	0,11	90
A90 - A99	Febre por Arbovírus e febres hemorrágicas virais	6	0,04	109	290	0,11	91
O30 - O48	Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	6	0,04	111	290	0,11	92
G35 - G37	Doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	11	0,07	87	285	0,11	93
P80 - P83	Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	4	0,03	129	278	0,10	94
D10 - D36	Neoplasias [tumores] benignas(os)	12	0,08	84	260	0,10	95
X00 - X09	Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas	8	0,05	102	246	0,09	96
W85 - W99	Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente	4	0,03	130	241	0,09	97

Continua...

Grupo	Causas letais	Óbitos		Posição	APVP		Posição
		n	%		n	%	
Continuação							
G70 - G73	Doenças da junção mioneural e dos músculos	5	0,03	115	228	0,08	98
G60 - G64	Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico	6	0,04	110	224	0,08	99
D50 - D53	Anemias nutricionais	7	0,05	104	205	0,08	100
B00 - B09	Infecções virais por lesões de pele e mucosas	3	0,02	131	204	0,08	101
G10 - G13	Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central	10	0,06	91	200	0,07	102
M00 - M03	Artropatias infecciosas	4	0,03	125	200	0,07	103
N10 - N16	Doenças renais túbulo-intersticiais	18	0,12	77	178	0,07	104
J60 - J70	Doenças pulmonares devidas a agentes externos	38	0,24	54	177	0,07	105
N70 - N77	Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	4	0,03	128	173	0,06	106
J30 - J39	Outras doenças das vias aéreas superiores	4	0,03	123	172	0,06	107
K40 - K46	Hérnias	30	0,19	64	170	0,06	108
E20 - E35	Transtornos de outras glândulas endócrinas	4	0,03	118	163	0,06	109
M05 - M14	Poliartropatias inflamatórias	12	0,08	85	160	0,06	110
N80 - N98	Transtornos não-inflamatórios do trato genital feminino	8	0,05	100	160	0,06	111
N20 - N23	Calculose renal	8	0,05	99	150	0,06	112
P10 - P15	Traumatismo de parto	2	0,01	148	139	0,05	113
Q35 - Q37	Fenda labial e fenda palatina	2	0,01	149	139	0,05	114
X10 - X19	Contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes	2	0,01	152	139	0,05	115
B99	Outras doenças infecciosas	3	0,02	132	132	0,05	116
G50 - G59	Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	4	0,03	120	128	0,05	117
N25 - N29	Outros transtornos do rim e do ureter	4	0,03	126	128	0,05	118
W20 - W49	Exposição a forças mecânicas inanimadas	3	0,02	140	127	0,05	119
J85 - J86	Afecções necróticas e supurativas das vias aéreas inferiores	7	0,05	107	119	0,04	120
B25 - B34	Outras Doenças por vírus	5	0,03	114	115	0,04	121
K00 - K14	Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares	2	0,01	145	114	0,04	122
M80 - M94	Osteopatias e condropatias	9	0,06	94	113	0,04	123
O20 - O29	Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	2	0,01	147	113	0,04	124
V70 - V79	Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	2	0,01	150	113	0,04	125

Continua...

Grupo	Causas letais	Óbitos			APVP		
		n	%	Posição	n	%	Posição
Continuação							
J00 - J06	Infecções agudas das vias aéreas superiores	4	0,03	122	104	0,04	126
N00 - N08	Doenças glomerulares	3	0,02	138	100	0,04	128
N60 - N64	Doenças da mama	4	0,03	127	100	0,04	127
A80 - A89	Infecções virais do Sistema Nervoso	2	0,01	141	90	0,03	129
G20 - G26	Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	31	0,20	63	75	0,03	130
W75 - W84	Outros riscos acidentais à respiração	2	0,01	151	75	0,03	131
H65 - H75	Doenças do ouvido médio e da mastóide	4	0,03	121	70	0,03	132
A50 - A64	Infecções de transmissão predominantemente sexual	1	0,01	153	70	0,03	133
P70 - P74	Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	1	0,01	162	70	0,03	134
Q60 - Q64	Malformações congênicas do aparelho urinário	1	0,01	164	70	0,03	135
X40 - X49	Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição à substâncias nocivas	1	0,01	167	69	0,03	136
V90 - V94	Acidentes de transporte por água	1	0,01	166	67	0,02	137
L10 - L14	Afecções bolhosas	3	0,02	137	63	0,02	138
D80 - D89	Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	4	0,03	117	60	0,02	140
R10 - R19	Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	8	0,05	101	60	0,02	139
E15 - E16	Outros transtornos da regulação da glicose e da secreção pancreática interna	3	0,02	133	60	0,02	141
I95 - I99	Outros transtornos, e os não especificados do aparelho circulatório	3	0,02	136	60	0,02	142
B65 - B83	Helminthíases	2	0,01	142	58	0,02	144
F30 - F39	Transtornos do humor [afetivos]	4	0,03	119	58	0,02	143
C97	Neoplasias (tumores) malignas(os) de localizações múltiplas independentes (primárias)	7	0,05	103	45	0,02	145
L50 - L54	Urticária e eritema	1	0,01	158	45	0,02	146
O95 - O99	Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	1	0,01	161	45	0,02	147
D70 - D77	Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	2	0,01	144	40	0,01	149
K50 - K52	Enterites e colites não-infecciosas	4	0,03	124	40	0,01	148
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	1	0,01	157	35	0,01	151

Continua...

Grupo	Causas letais	Óbitos		Posição	APVP		Posição
		n	%		n	%	
Continuação							
R40 - R46	Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento	3	0,02	139	35	0,01	150
A65 - A69	Doenças provocadas por espiroquetas	1	0,01	154	25	0,01	154
F10 - F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	3	0,02	134	25	0,01	152
I00 - I02	Febre reumática aguda	3	0,02	135	25	0,01	153
Y40 - Y49	Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	1	0,01	169	25	0,01	159
M40 - M43	Dorsopatias deformantes	1	0,01	159	15	0,01	155
Q10 - Q18	Malformações congênitas do olho, do ouvido, da face e do pescoço	1	0,01	163	15	0,01	156
D00 - D09	Neoplasias [tumores] in situ	2	0,01	143	0	0,00	158
B85 - B89	Pediculose, acaríase e outras infestações	1	0,01	155	-5	0,00	161
F20 - F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	1	0,01	156	-5	0,00	162
J20 - J22	Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	7	0,05	106	-5	0,00	160
M50 - M54	Outras dorsopatias	1	0,01	160	-5	0,00	163
V10 - V19	Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	1	0,01	165	-5	0,00	164
X58 - X59	Exposição accidental a outros fatores e aos não especificados	1	0,01	168	-5	0,00	165
M15 - M19	Artroses	2	0,01	146	-10	0,00	166
F00 - F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	10	0,06	90	-20	-0,01	167
G30 - G32	Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	79	0,51	38	-21	-0,01	168
R50 - R69	Sintomas e sinais gerais	139	0,90	27	-166	-0,06	169
TOTAL		15.523	100	-----	271.233	100	100

Fonte: SIM/MS/DEVS ¹⁸

Tabela 2. Principais causas de mortes e a aplicação do APVP em mulheres “Paroaras”, residentes em Belém, período 2003 a 2007.

Capítulo*	Principais causas	Posição	Óbitos		APVP		Posição
			n	%	n	%	
IX	Doenças do aparelho circulatório	1 ^a	4080	26,28	31993	11,80	3 ^a
II	Neoplasias (tumores)	2 ^a	2909	18,74	53960	19,89	1 ^a
X	Doenças do aparelho respiratório	3 ^a	2413	15,54	22132	8,16	5 ^a
XVIII	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4 ^a	1161	7,48	16487	6,08	7 ^a
IV	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5 ^a	983	6,33	12045	4,44	9 ^a
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6 ^a	942	6,07	26403	9,73	4 ^a
XVI	Algumas afec originadas no período perinatal	7 ^a	666	4,29	46287	17,07	2 ^a
XI	Doenças do aparelho digestivo	8 ^a	614	3,96	8410	3,10	10 ^a
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	9^a	581	3,74	19727	7,27	6^a
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	10 ^a	315	2,03	4459	1,64	12 ^a
VI	Doenças do sistema nervoso	11 ^a	238	1,53	4494	1,66	11 ^a
XVII	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12 ^a	211	1,36	13628	5,02	8 ^a
XIII	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	13 ^a	152	0,98	4017	1,48	13 ^a
III	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	14 ^a	87	0,56	2796	1,03	15 ^a
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	15 ^a	87	0,56	1132	0,42	16 ^a
XV	Gravidez parto e puerpério	16 ^a	61	0,39	3105	1,14	14 ^a
V	Transtornos mentais e comportamentais	17 ^a	19	0,12	93	0,03	17 ^a
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	18 ^a	4	0,03	70	0,03	18 ^a
TOTAL		-----	15523	100	271233	100	-----

*Não houve incidência nos capítulos VII, XIX e XXI.

Fonte: SIM/MS/DEVS¹⁸

5.3 Artigo III – Homicídios contra mulheres “Paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório

Artigo a ser submetido à Revista *ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING*, ISSN: 1676-4285 (Versão online) - Periódico Científico com classificação Qualis CAPES B1, apresentado conforme “Author Guideline” (Anexo F). A submissão é feita em 3 etapas online: A etapa I informa-se os dados dos autores; Etapa II informa-se os Metadados (descritores, Título em inglês do artigo, Abstract e concordância de transferências de direitos autorais) e a Etapa III o envio do arquivo.

**Homicides committed against paroara women residents in Belém:
exploratory study**
**Homicídios contra mulheres “paroaras” residentes em Belém:
estudo exploratório**
**Homicidios contra mujeres “paroaras” residentes en Belém: estudio
exploratorio**

Vera Lúcia de Azevedo Lima¹, Maria de Lourdes de Souza²

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Modalidade DINTER/UFPA/UFSC/CAPES

2 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL)

Endereço:

Vera Lúcia de Azevedo Lima

Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal do Pará

Rua Generalíssimo Deodoro – Praça Camilo Salgado, n. 1, Umarizal

CEP – 66055-240 – Belém/PA. Telefone (091) 32444320

veraluci@ufpa.br

**Homicides committed against Paroara women residents in Belém:
exploratory study**
**Homicídios contra mulheres “Paroaras” residentes em Belém:
estudo exploratório**
**Homicidios contra mujeres “Paroaras” residentes en Belém: estudio
exploratorio**

Resumo: Estudo do tipo exploratório fundamentado na epidemiologia descritiva. São analisadas todas as mortes, por homicídios, de mulheres “paroaras” residentes em Belém, ocorridas no período compreendido entre 2003 e 2007. Os dados sobre número de óbitos feminino, faixas etárias, escolaridade, estado civil e meio utilizado para efetuar o homicídio foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), junto à Secretaria de Saúde do Estado do Pará. Dentre os 581 óbitos por causas externas (V01-Y84), 19,4% foram homicídio (X85-Y09). Das mulheres vítimas de homicídio, 31,9% ($p < 0,05$) encontravam-se na idade entre 20 e 29 anos, 76,1% ($p < 0,05$) eram solteiras, 40,7% ($p < 0,05$) tinham de 4 a 7 anos de estudo e 55,8% ($p < 0,00001$) dos homicídios foram perpetrados com disparo de arma de fogo. A morte por homicídio, grau máximo da violência, é um grave problema social para a sociedade paraense e acarreta prejuízos sociais e econômicos.

Palavras-chave: Mulheres; Homicídio; Causas Externas.

Abstract: A study of the exploratory type based on descriptive epidemiology. All the deaths by homicide of paroara women residents in Belém, Pará that happened during the period between 2003 and 2007 are analyzed. The data on the number of female deaths, age groups, education, civil status, and method used to commit the homicide were obtained from the Mortality Information System (MIS) of the Secretary of Health of the State of Pará. Among the 533 deaths by external causes (V01-Y84), 21,2% were homicides (X85-Y09). Of the women that were homicide victims, 31,9% ($p < 0,05$) were between 20 and 29 years of age, 76,1% ($p < 0,05$) were single, 40,7% ($p < 0,05$) had from 4 to 7 years of education, and 55,8% ($p < 0,00001$) were perpetrated with shots from a firearm. In the cases of death by homicide, the maximum degree of violence, the majority was committed with a firearm. This type of

violence is a serious social problem for Pará society, and results in extensive and incalculable social and economical damages and losses.

Keywords: Women; Homicide; External Causes.

Resumen: Estudio de tipo exploratório fundamentado en la epidemiología descriptiva. Son analizadas todas las muertes, por homicidios, de mujeres “paroaras” residentes en Belém, ocurridas en el período comprendido entre 2003 y 2007. Los datos sobre número de óbitos femeninos, edad, escolaridad, estado civil y medio utilizado para efectuar el homicidio, fueron obtenidos del Sistema de Información de Mortalidad (SIM), junto a la Secretaría de Salud del Estado do Pará. Entre los 581 óbitos por causas externas (V01-Y84), 19,4% fueron homicidios (X85-Y09). De las mujeres víctimas de homicidio, 31,9% ($p<0,05$) tenían edades que variaban entre 20 y 29 años, 76,1% ($p<0,05$) eran solteras, 40,7% ($p<0,05$) tenían de 4 a 7 años de estudios y 55,8% ($p<0,00001$) de los homicidios fueron perpetrados con disparo de arma de fuego. La muerte por homicidio, grado máximo de la violencia, es un grave problema social para la sociedad paraense y acarrea perjuicios sociales y económicos.

Palabras clave: Mujeres; Homicidios; Causas Externas.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno de grande repercussão e afeta todos os países, independente da cultura, classe social, raça, escolaridade e idade. É um problema de saúde pública, devido as suas consequências para a saúde da sociedade brasileira ¹.

Os danos, as lesões, os traumas causados pela violência correspondem a altos custos sociais, causam prejuízos emocionais incalculáveis nas vítimas e em suas famílias e anos de produtividade ou de vida perdidos ².

Entre os custos econômicos do tratamento às vítimas de violência, encontram-se os de pessoal, manutenção dos hospitais, equipamentos, medicamentos, materiais entre outros. O custo do atendimento às vítimas de causas externas pelo sistema público de saúde em 2004 foi de R\$ 2,2 bilhões, sendo que só o das agressões respondeu por R\$ 119 milhões, o que equivaleria a cerca de 4% dos gastos totais

com a saúde pública naquele ano ³.

Os custos econômicos podem ser calculados e estimados em altas cifras. Já os prejuízos emocionais sofridos pelas pessoas vítimas de violência, esses não podem ser medidos, pois o sofrimento está em cada um, deixando cicatrizes incuráveis nas vítimas e em suas famílias.

A violência pode ter como desfecho a morte. Essa perda é incalculável, porque ninguém tem o direito de tirar a vida de outras pessoas ou de perder a vida precocemente. A Bíblia, no livro do Êxodo, 20:2-17, faz menção a este crime nos Dez Mandamentos da Lei de Deus. “Não matarás”, o quinto Mandamento, é seguido pela Igreja Católica. Para ela, a vida humana é sagrada porque desde a sua origem ela encerra a ação criadora de Deus, e permanece para sempre numa relação especial com o Criador. Só Deus é o dono da vida, do começo ao fim. Ninguém, em nenhuma circunstância, pode reivindicar para si o direito de destruir diretamente um ser humano inocente.

No entanto, a Lei de Deus é desobedecida. As mortes por causas violentas acontecem no mundo ceifando vidas de pessoas e, em especial, de mulheres. Essas mortes se devem ao crime organizado, aos assaltos, ao tráfico de armas, uso de álcool, drogas e de outras mercadorias.

A Organização Mundial de Saúde (2002) classifica o fenômeno da violência a partir de suas manifestações empíricas como: violência dirigida contra si mesmo (auto-infligida), entendida como os comportamentos suicidas e os auto-abusos; violência interpessoal subdivida em dois âmbitos: a violência intrafamiliar e a violência comunitária.

A violência intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa. A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Consideram-se suas várias expressões como violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e, inclusive, a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos ⁴.

As violências coletivas são definidas como atos violentos que acontecem na sociedade (crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidão), no campo político (guerras e os processos de aniquilamentos de povos e nações) e na economia. A natureza dos atos violentos contra a mulher, segundo a Convenção de Belém (1994), inclui violência física, sexual e psicológica.

No Brasil, no ano 2000, ocorreram 118.367 mortes por causas externas, o que representou 12,5% do total de mortes ⁵.

Em 2002, morreram 126.657 pessoas no Brasil devido a acidentes

e violências, constituindo 12,6% dos óbitos por todas as causas. Em 2003, dentre as causas externas específicas, as agressões (homicídios) e os acidentes de transportes apresentam as mais elevadas taxas, 28,9 e 19,0 por 100.000 habitantes. O número de mulheres que morreram vítimas de agressões foi de 51.043 (40,3%). Em Belém, as mortes por causas externas em mulheres foram de 13,9 por 100.000 habitantes, e 3,1 por 100.000 para as mortes por homicídios ⁶.

Em 2003, no Brasil, 128.790 pessoas morreram por causas externas – acidentes e violência. Foi a terceira causa de óbito na população geral, após doenças do aparelho circulatório e neoplasias ⁷.

No Brasil, em 2006, foi realizado um estudo considerando 200 municípios com maior número de homicídios na população total, e Belém ocupou o 15º lugar ⁸.

No Brasil, a violência tem sido tema de debates entre representantes da população. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, realizada em Belém, entendeu a violência como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado" ⁹.

A violência como causa de morte corresponde ao Capítulo XX (V01-Y98) da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), denominado de Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V01-Y98). Nele são incluídos: Acidentes de Transportes (V01-V99), Suicídios (X60-X84), Causas de Intervenção Indeterminada (Y10-T34), Intervenções Legais (X85-Y09) e os Homicídios (X85-Y09), que recebem o nome genérico de Agressões. Elas têm como característica a presença da agressão de terceiro(s), que utiliza(m) qualquer meio para provocar danos, lesões ou a morte da vítima ⁸.

Estudos apontam que é crescente a ocorrência de homicídios, e os principais elementos desencadeadores da atitude violenta do agressor estão relacionados com problemas no contexto familiar e do trabalho, escolaridade, desemprego, salários baixos, falta de moradia, desigualdades sociais, falta de oportunidades, ingestão de álcool e uso de drogas ¹⁰⁻¹⁸.

Os homicídios são resultantes, principalmente, de um momento de discussão em que há a perda de controle, resultando a violência máxima ¹⁹. Na revisão da literatura, percebeu-se que muitos autores e instituições relacionadas com a saúde da população citam o ciclo da violência de Lenore Walker ²⁰⁻²².

Lenore Walker, psicóloga norte americana, entrevistou em 1979, 1.500 mulheres vítimas de violência e constatou que cada uma delas

apresentava um padrão semelhante de abuso, que ela denominou “Dinâmica da Violência Doméstica”²³. Neste trabalho, Walker aponta que nem todos os momentos do relacionamento são marcados pela agressão à mulher. Segundo a autora, o ciclo da violência é constituído de três fases: a fase de tensão, caracterizada por insultos, humilhação e provocações mútuas; o episódio agudo de violência, marcado pelos diferentes tipos de agressões; e a fase de lua de mel, em que o casal realiza promessas mútuas, ocorre uma idealização do parceiro e a negação da vivência de violência. As fases definidas por Walker podem desencadear também a morte como desfecho da violência contra a mulher, mas isso não foi descrito por ela na “Dinâmica da Violência”²³.

Considerando a relevância do tema, este estudo tem os seguintes objetivos: analisar a mortalidade por homicídio nas mulheres “Paroaras” residentes em Belém; apresentar o perfil das mulheres “Paroaras” residentes em Belém vítimas de homicídio; descrever os homicídios segundo o meio utilizado para sua realização nas mulheres “Paroaras” residentes em Belém e demonstrar o homicídio como um complemento do ciclo da violência de Lenore Walker.

METODOLOGIA

O método é fundamentado na epidemiologia descritiva e o tipo de delineamento é o estudo exploratório. Nele, são incluídas as mortes de mulheres “Paroaras” residentes em Belém, em todas as faixas etárias, no período compreendido de 2003 a 2007²⁴⁻²⁵.

Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do banco de dados do Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde (DEVS), da Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Pará, e acessada no site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extpr.def>, em 26 de fevereiro de 2009²⁶. Para a coleta de dados, foi definido um roteiro com as seguintes variáveis: número de óbitos feminino, faixa etária (intervalo definido na faixa etária 13/tabwin/DATASUS), anos de estudo, estado civil e meio utilizado pelo agressor no período de 2003 a 2007. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC por meio do parecer substanciado – Projeto nº 209/2008.

O acesso ao banco de dados foi obtido com a autorização da DEVS mediante a apresentação dos seguintes documentos: requerimento, cópia do projeto de pesquisa, cópia do parecer do Comitê

de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e carta de apresentação da orientadora para diretora do DEVS.

Os dados sobre as mortes foram agrupados e aplicados às denominações dos Capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), onde se destacou o Capítulo XX referente às Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V01-Y98), subdivididas em Acidentes de Transportes (V01-X99), Traumatismos Acidentais (W00-X59), Suicídios (X60-X84), Homicídios (X85-Y09), Intenções Indeterminadas (Y10-Y34), Intervenções Legais (Y35-Y36) e Complicações de Assistências Médicas e Cirúrgicas (Y40-Y84)²⁷. Os homicídios foram classificados segundo a causa básica, agrupados por faixa etária, anos de estudo, estado civil e meio utilizado pelo agressor.

A mortalidade proporcional e específica das principais causas de óbitos, por grupos de causas de óbitos, faixa etária, anos de estudos e meio utilizado pelo agressor, após a sistematização dos dados, foram calculadas com suporte do programa *Microsoft Office Excel 2003*²⁸. Foi utilizado o teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Os resultados obtidos, conforme apresentado na Tabela 1, revelam que dentre as 10 principais causas de óbitos encontram-se as Causas externas de morbidade e mortalidade, ocupando a nona posição com 3,74%. As duas primeiras causas foram as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, que perfizeram em conjunto 45,02%.

Entre os 581 óbitos, apresentados na Tabela 2, ocorridos por causas externas (V01-Y84), 113 – que representam 19,4% – tiveram como causa os homicídios (X85-Y09) e estes ocuparam a 3ª posição. As mortes por acidentes de transporte e traumatismos acidentais perfizeram 67,5% das mortes por causas externas.

Os dados incluídos na Figura 1 revelam que 31,9% dos homicídios em mulheres aconteceram na faixa etária de 20 a 29 anos. Ao somar as frequências obtidas nas idades compreendidas entre menos de 1 ano e 19 anos obtêm-se o percentual de 26,5%. A soma das frequências de mulheres que morreram por homicídio com idades de 50 e mais anos foi de 11,5%. A somatória das frequências, dos homicídios em mulheres com idades entre 15 a 49 anos, perfaz 77%. Pode-se observar, também, nesta figura que a frequência do evento é semelhante no período entre 2003 e 2007, apesar de observar-se variação nos anos de 2005 e 2006, quando também foi observado um discreto pico na faixa

etária de 40 a 49 anos.

Tabela 1 - Principais causas de mortes em mulheres “Paroaras” residentes em Belém no período de 2003 a 2007.

CAPÍTULO*	PRINCIPAIS CAUSAS	Posição	Óbitos	
			n	%
IX	Doenças do aparelho circulatório	1ª	4.080	26,28
II	Neoplasias (tumores)	2ª	2.909	18,74
X	Doenças do aparelho respiratório	3ª	2.413	15,54
XVIII	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4ª	1.161	7,48
IV	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5ª	983	6,33
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6ª	942	6,07
XVI	Algumas afec originadas no período perinatal	7ª	666	4,29
XI	Doenças do aparelho digestivo	8ª	614	3,96
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	9ª	581	3,74
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	10ª	315	2,03
VI	Doenças do sistema nervoso	11ª	238	1,53
XVII	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12ª	211	1,36
XIII	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	13ª	152	0,98
III	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	14ª	87	0,56
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	15ª	87	0,56
XV	Gravidez parto e puerpério	16ª	61	0,39
V	Transtornos mentais e comportamentais	17ª	19	0,12
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	18ª	4	0,03
TOTAL		----	15.523	100

*Não houve incidência nos capítulos VII, XIX e XXI.

Fonte: SIM/MS/DEVS ²⁶

Tabela 2 - Óbitos por causas externas em mulheres “Paroaras” residentes em Belém, no período de 2003 a 2007

Códigos	Causas Externas	Óbitos		Posição
		n	%	
W00 - X59	Traumatismos Acidentais	220	37,9	1ª
V01 - V99	Acidentes de Transportes	172	29,6	2ª
X85 - Y09	Homicídios (Agressões)	113	19,4	3ª
X60 - X84	Suicídios	32	5,5	4ª
Y10 - Y34	Intenções Indeterminadas	23	4,0	5ª
Y40 - Y84	Comp de Assist Médica e Cirúrgica	21	3,6	6ª
TOTAL		581	100,0	---

Fonte: SIM/MS/DEVS ²⁶

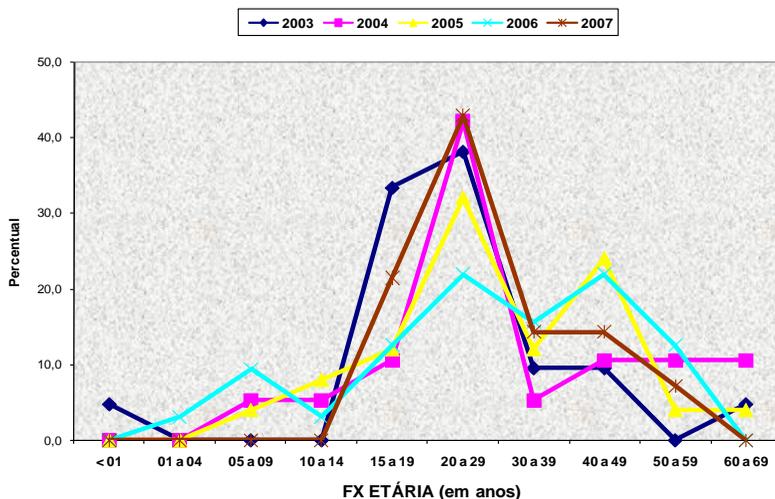


Figura 1. Óbitos por homicídios segundo a faixa etária em mulheres “Paroaras” residentes em Belém, no período de 2003 a 2007

Fonte: SIM/MS/DEVS²⁶

Na Tabela 3, observam-se os dados sobre os 113 homicídios, 55,8% deles foram perpetrados com disparo de arma de fogo e que matou mulheres a partir dos cinco anos em todas as faixas etárias, seguidos com 23,9% dos óbitos com objetos cortantes ou penetrantes e que atingiu mulheres em todas as idades a partir dos quinze anos. Destaca-se ainda que sete menores de nove anos tiveram morte violenta por homicídio, por diversos meios utilizados, inclusive a agressão sexual por meio de força física.

Na Tabela 4, observando-se os dados apresentados, o homicídio ocorreu em mulheres com 4 a 7 anos de estudo em 40,7% ($p < 0,00001^*$ (Qui-quadrado). Entretanto, a maior frequência foi em mulheres com escolaridade de 4 a 11 anos, que totalizou 63,7%.

Na Tabela 5, os dados revelam que os homicídios em mulheres com 12 anos e mais de anos de estudo foram cometidos em 60% com disparo arma de fogo e 30% com objeto cortante ou penetrante. O estrangulamento ocorreu, também, em todos os anos de estudo.

Os dados apresentados na Tabela 6 revelam que os homicídios foram perpetrados 55,8% por disparo de arma fogo, seguido em 23,9% com objetos cortantes ou penetrantes em mulheres casadas, solteiras, viúvas e separadas. Além disso, 59,3% dos homicídios por disparos por

arma de fogo foram cometidos em mulheres solteiras, em relação ao conjunto das casadas, solteiras, viúvas e separadas.

Tabela 3. Óbitos por homicídios segundo a faixa etária e meio utilizado pelo agressor em mulheres “Paroaras” residentes em Belém, no período de 2003 a 2007

Códigos	Meios utilizados	Faixa etária											Total	
		< 01	01 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	Ign	n	%
X95	Disparo outr arma de fogo ou NE	0	0	2	3	11	20	8	12	6	1	0	63	55,8
X99	Objeto cortante ou penetrante	0	0	0	0	6	10	3	6	1	1	0	27	23,9
X91	Enforc. estrangulamento sufocacao	0	0	2	0	1	4	1	0	0	0	1	9	8,0
Y09	P/meios NE	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	1	8	7,1
Y08	P/outr meios espec	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1,8
Y00	P/meio de um objeto contundente	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1,8
Y05	Agressao sexual p/meio de forca fisica	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9
Y07	Outr sindr de maus tratos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9
Total		1	1	5	4	19	36	13	19	8	5	2	113	100

Fonte: SIM/MS/DEVS²⁶

Tabela 4. Óbitos por homicídios segundo os anos de estudo em mulheres “Paroaras” residentes em Belém, no período de 2003 a 2007

Anos de estudos	Óbitos	
	n	%
Nenhum	5	4,4
01 a 03	14	12,4
04 a 07 *	46	40,7
08 a 11	26	23,0
12 ou mais	10	8,8
Ignorados	12	10,6
Total	113	100

p < 0,00001 (Qui-Quadrado)

Fonte: SIM/MS/DEVS²⁶

Tabela 5. Óbitos por homicídios segundo os meios utilizados pelo agressor e anos de estudo em mulheres “Paroaras” residentes em Belém, no período de 2003 a 2007

Códigos	Meios utilizados	Anos de estudos*										Total	
		Nenhuma		01 a 03		04 a 07		08 a 11		12 e +		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
X95	Disparo outr arma de fogo ou NE	1	20,0	8	57,1	26	56,5	16	61,5	6	60,0	57	56,4
X99	Objeto cortante ou penetrante	1	20,0	3	21,4	12	26,1	7	26,9	3	30,0	26	25,7
X91	Enforc. estrangulamento sufocacao	1	20,0	2	14,3	3	6,5	1	3,8	1	10,0	8	7,9
Y09	P/meios NE	0	0,0	1	7,1	3	6,5	2	7,7	0	0,0	6	5,9
Y08	P/outr meios espec	0	0,0	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Y00	P/meio de um objeto contundente	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Y07	Outr sindr de maus tratos	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Total		5	100,0	14	100,0	46	100,0	26	100,0	10	100,0	101	100

*12 sem informação de escolaridade.

Fonte: SIM/MS/DEVS²⁶

Tabela 6. Óbitos por homicídios, meio utilizado e estado civil em mulheres “Paroaras” residentes em Belém, no período de 2003 a 2007

Códigos	Meios utilizados	Estado Civil										Total	
		Solteira		Casada		Viúva		Separada Judicialmente		Ign			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
X95	Disparo outr arma de fogo ou NE	51	59,3	8	53,3	1	33,3	2	66,7	1	16,7	63	55,8
X99	Objeto cortante ou penetrante	21	24,4	3	20,0	1	33,3	1	33,3	1	16,7	27	23,9
X91	Enforc. estrangulamento sufocacao	7	8,1	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,1
Y09	P/meios NE	3	3,5	2	13,3	1	33,3	0	0,0	3	50,0	9	8,0
Y08	P/outr meios espec	1	1,2	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,8
Y00	P/meio de um objeto contundente	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,8
Y05	Outr sindr de maus tratos	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Y07	Agressao sexual p/meio de forca fisica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	0,9
Total		86	100,0	15	100,0	3	100,0	3	100,0	6	100,0	113	100,0

Fonte: SIM/MS/DEVS ²⁶

A Tabela 6 mostra ainda que a maioria dos homicídios (86 = 76,1% dos óbitos) incidiu em mulher solteira em relação ao conjunto das casadas (15 = 13,3% dos óbitos), viúvas (3 = 2,7% dos óbitos) e separadas (3 = 2,7% dos óbitos). Além disso, foram registrados 6 casos com o estado civil ignorados, representando um percentual de 5,3%.

DISCUSSÃO

Neste estudo, o fato das Causas Externas se encontrarem entre as 10 principais causas de óbitos, ocupando a nona posição com 3,74% do total 15.523 óbitos entre 2003 a 2007, confirmam que Belém é uma cidade violenta contra a mulher. Mulheres de todas as faixas etárias são mortas e, principalmente, as solteiras. Isto demonstra também que a mulher solteira com idade compreendida entre 20 e 29 anos apresenta maior risco de morrer, principalmente por disparo de arma de fogo.

A frequência do homicídio foi semelhante no período entre 2003 e 2007, com variação nos anos de 2005 e 2006 quando também foi observado um discreto pico na faixa etária de 40 a 49 anos. Portanto, a violência não é um fenômeno controlado, apesar da existência de legislação que teoricamente cercearia sua ocorrência e, também, possivelmente tem registro nos órgãos oficiais devido à legislação.

A ocorrência de mortes por homicídios na faixa etária de 1 ano a 19 anos (26%) demonstra o não cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente do que dispõe em seu *Art. 7º, que:*

[...] a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.^{29:1}

É inaceitável que, em pleno século XXI, ainda aconteçam mortes de crianças e adolescentes vítimas de violência como foi encontrado nesse estudo. As meninas sofrem violência intrafamiliar, as jovens são vítimas de algozes nas ruas. A violência sexual ocorre em todas as idades, o que, de certa maneira, demonstra que apesar dos direitos à proteção, previstos em Lei, na prática isto ainda não foi conquistado de fato.

As mortes de mulheres vítimas da violência com mais de 50 anos reveladas no estudo são uma perda para sociedade brasileira. Tratam-se

de mulheres experientes que poderiam contribuir para o desenvolvimento social, para a educação dos filhos e até mesmo netos, se não tivessem suas vidas ceifadas pela violência. Há uma disparidade entre o direito que é previsto em lei e o que ocorre com as mulheres “Paroaras”. No Brasil o direito a uma velhice com saúde e qualidade de vida é previsto no Estatuto do Idoso, no Capítulo I Do Direito à Vida:

Art. 9º - que dispõem a obrigatoriedade do Estado, em garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade ^{30:3}.

As idades quando agrupadas de 15 a 49 anos apresentam uma frequência de 77,0% – mais de o dobro em relação à faixa de idade de 20 a 29 anos, que foi de 31,9%. Cabe destacar que estas mulheres encontravam-se na força de sua condição produtiva para a família, no seu próprio trabalho, e nas suas contribuições para a educação e para a economia do Estado. A as mulheres mortas vítimas de homicídios tinham entre 4 a 7 anos de estudos. A morte prematura das mulheres tirou a oportunidade de seguir com seus estudos. Com relação ao estado marital das mulheres vítimas de homicídios 76,1% eram solteiras apontando a mudança de comportamento das mulheres solteiras, inclusive assumindo profissões e ocupações antes assumidas por homens.

As causas externas ocuparam o segundo lugar entre as causas de morte no país em 1980 ⁵. Na década de 1990 ocorreram no Brasil 1.108.422 mortes por causas externas, e os homicídios ocupavam o primeiro lugar, com 33,3% (n=369.068) dessas mortes, em terceiro lugar na população feminina com 17,2% ³¹.

Em 2001, no Recife (PE), as causas externas ocuparam a terceira posição, representando 17,6% dos casos, e os homicídios foram os motivos mais frequentes de óbito das mulheres em idade fértil ³².

Um estudo em Cascavel (PR), em um período de 10 anos (1991 a 2000), identificou 219 óbitos por causas externas, resultando na proporção de uma em cada quatro mortes de mulheres em idade fértil. O coeficiente de mortalidade de 29,4 por 100.000 mulheres em idade fértil foi o mais alto entre todos os grupos de causas básicas de óbito ³³.

Em Medellín, na Colômbia, o homicídio foi a primeira causa de morbidade e mortalidade por 20 anos – a maior taxa de homicídio de todas as grandes cidades da América Latina ¹⁸. Em 2002, a taxa de mortalidade por causas externas foi de 71,6 por 100.000 habitantes ⁶.

Em 2003, de 128.790 óbitos por causas externas, 49.808 foram homicídios (39%).

No Brasil, em 2006, foi realizado um estudo considerando os 200 municípios com maior número de homicídios na população total, e Belém ocupou o 15º lugar, com 34,7% dos homicídios⁸,

A arma de fogo foi utilizada em 93,2% dos casos³⁴, como meio utilizado pelo agressor, foi analisada por vários autores como sendo o principal instrumento para provocar a morte praticada nos homicídios. Cerca de 70% dos homicídios ocorridos em 2003 foram cometidos pelas armas de fogo³⁵. Elas foram os mais frequentes meios para efetuar homicídios, em 70% do total, sendo que 53,6% em mulheres, em 19,0% em crianças e 33,8% em pessoas com 75 anos ou mais⁵. Nos achados de outro autor, as armas de fogo contribuíram com mais de 50% dos casos de mortes em 1991, e com cerca de 70% no ano 2000³¹.

Em outro estudo, as mortes por homicídios aconteceram em 19 óbitos por arma de fogo, 15 por arma branca e 3 por objetos contundentes³³.

As altas proporções do uso da arma de fogo para realizar as agressões são reconhecidamente o meio mais provável de resultar em morte do que qualquer outro meio³⁶.

Os dados revelam a evolução das mortes por homicídios utilizando as armas de fogo e o crescimento da violência. A presença em casa e a aquisição de armas de fogo são fatores de risco para os homicídios. E esse risco é maior para as mulheres do que para homens³⁷.

Em estudo desenvolvido na África do Sul no período entre 2001 e 2005, as mulheres foram vítimas de homicídios por estrangulamento com uma variação entre 1,71 por 100.000 habitantes a 0,70 por 100.000 habitantes, nas idades entre 20 e 39 anos e mais de 60 anos³⁸.

Avaliando os homicídios no Brasil em 10 anos (1996 a 2006), revelou que o número total de homicídios registrados pelo SIM passou de 38.888 para 46.660 – o que representou um incremento de 20% superior ao crescimento da população, que foi de 16,3% nesse mesmo período. Em 2003, o homicídio teve um aumento regular em torno de 4,4% ao ano. No ano seguinte, o número de homicídios caiu 5,2% em relação a 2003. Entre 2003 e 2006, as taxas diminuíram em ritmo menor e as quedas foram de 2,9%. Essa redução pode estar diretamente relacionada às políticas de desarmamento, que retiraram de circulação armas de fogo e regulamentaram legalmente sua compra, porte e utilização⁸.

A violência causa prejuízos sociais, pois afeta a saúde individual

e coletiva. Além disso, para a sua prevenção e tratamento, são necessárias políticas específicas e organização de práticas e de serviços. A violência contra as mulheres, nas suas diversas formas, afeta a qualidade de vida das pessoas pelas lesões física, psíquica, espiritual e moral, inclusive nos que a praticam.

A violência desencadeia prejuízos econômicos como ausência do trabalho, sofrimentos mentais, acidentes no trabalho e, também, a perda do emprego, nas vítimas e em suas famílias. Na área da saúde, as implicações da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento dos gastos com emergência, assistência e reabilitação – mais que a maioria dos outros procedimentos. Além disso, muitas re-internações ocorrem como um modo de evitar a re-ocorrência das agressões ou, até mesmo, porque as lesões decorrentes da violência se tornam crônicas.

A violência do ponto de vista da saúde pública é um problema pela alta mortalidade e morbidade, afeta crianças, mulheres e jovens; demanda grandes recursos financeiros, afeta não só a vítima, mas também a sua família e entorno, com consequências negativas e imediatas nos planos econômicos, social. Afeta também o indivíduo responsável pelo ato de violência, sua família e a sociedade, pois não estará em condições de contribuir para o desenvolvimento social e econômico de sua família, comunidade e país.

É necessário, portanto, que as vítimas que integram a família, o entorno e os agressores tenham assistência para romper com o ciclo da violência e, também, para uma possível re-inserção social.

CONCLUSÕES

As perdas de 113 mulheres vítimas de mortes por homicídios, representando 19,4% do total de 581 mortes por causas externas em mulheres “Paroaras” residentes em Belém no período de 2003 a 2007, é um grave problema social para sociedade paraense, respondendo por prejuízos econômicos e sociais.

Deve-se destacar o perfil dessas mulheres retiradas da sociedade por homicídios: 31,9% encontravam-se na idade entre 20 e 29 anos; 76,1% eram solteiras; 40,7% tinham entre 4 e 7 anos de estudo; e 55,8% dos homicídios foram realizados com disparo de arma de fogo.

A morte por homicídio é o grau máximo da violência contra a mulher. O ciclo da “Dinâmica da Violência Doméstica”, descrito por

Lenore Walker, é constituído por três fases (a fase de tensão, o episódio agudo da violência e a fase da lua de mel) e não inclui os homicídios. Mas, em qualquer fase desse ciclo, é possível ocorrer a morte como desfecho da violência contra a mulher, o que não foi descrito por ela na “Dinâmica da Violência”. Assim, considera-se que, no ciclo da violência, a morte é parte de sua dinâmica. Isso porque, se não houver intervenção adequada – do Estado e da sociedade – com tratamento para as vítimas e para os agressores, a morte ocorre, muitas vezes, mais como resultante do sofrimento mental e social do que um desejo da convivência com a morte. Considerar a morte como um dos componentes do ciclo da violência é desenvolver consciência da magnitude, vulnerabilidade e transcendência do fenômeno a que a sociedade se submete ao ser cúmplice porque silencia e acolhe a violência como algo natural. A morte causada pela violência contra a mulher é uma perda irreparável para sociedade, gera desagregação familiar e social. Portanto, demonstra a gravidade do fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*. 2009;9(129):15p.
2. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
3. Rodrigues RI, Cerqueira DRC, Lobão WJA, Carvalho AXY. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação *Cad Saúde Pública*. 2009 jan.;25(1):29-36.
4. Algeri S, Souza LM. Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem. [Intrafamiliar violence against the child: a reflexive analysis *Online Brazilian Journal of Nursing*]. [serial on the Internet]. 2005 December 1; [Cited 2009 August 30]; 4(3):[about 9 p.]. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/40>.
5. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-JorgeMHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a

- morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2004 jul-ago.;20(4):995-1003.
6. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;11(Sup):1211-22.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise da morte violenta segundo raça/cor. In: *Saúde Brasil 2005 - Uma análise da situação de saúde [monografia na Internet]*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Série 8 [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005parte3.pdf>.
 8. Waiselfisz JJ, editor. Mapa da violência dos municípios brasileiros. Brasília: OEI; 2007.
 9. OEA – Organização dos Estados Americanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - "convenção de Belém do Pará. 1994 julho 06 [Acessado em 2009 Jun 5]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>
 10. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública* 2004;38:630-636.
 11. Castillo MMA, Caufield, Meza MVG. Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de monterrey, N. L., México. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 nov.-dez.;13(n. esp.):1155-63.
 12. Castillo MMA, Oblitas FYM, David HMSL, Meza MVG. Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudiomulticêntrico: México, Perú, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006 mar.-abril;14(2):155-62.
 13. Leal DHMS, Catherine C. Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 nov.-dez.;13(n. esp.):1148-54.
 14. Reichenheim ME, Werneck GL. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. *Cad Saúde Públ*. 1994;10(supl. 1):188-98.
 15. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência

- contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):604-10.
16. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2008 jan.-fev. [acesso em 2008 Ago 23];16(1):136-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_20.pdf>.
 17. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(6):970-81.
 18. Cardona M, García HI, Giraldo CA, López MV, Suárez CM, Corcho DC, et al. Homicídios em Medellín, Colômbia, entre 1990 y 2002: actores, Móviles y circunstancias. *Cad Saúde Pública*, 2005 mai-jun;21(3):840-51.
 19. Karch DL, Lubell KM, Friday J, Patel N, Williams DD. Vigilância de mortes violentas - National Violent Death Reporting System, em 16 estados, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2008 Apr 25;57(16):436.
 20. Porto, J. R. R.; Luz, A. M. H. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2004 ago;25(2):207-18.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2001. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131).
 22. APAV. Associação portuguesa de apoio à vítima (APAV) projecto alcipe formação e informação no combate à violência exercida contra as mulheres. Manual alcipe. Para o atendimento de mulheres vítimas. a problemática das mulheres vítimas de violência: como compreender. [monografia na Internet]. [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em: <<http://www.apav.pt/proj.html>>.
 23. Walker, L. *The battered women*. USA: Harper and Row.; 1979.
 24. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 1994.
 25. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

26. Brasil. Ministério da Saúde. SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) [database on the Internet]. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extpr.def>>. Acesso em: 26 Fev. 2009.
27. OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: OMS; 1995.
28. Excel, MO. Parte do produto Microsoft Office Professional Edição 2003 ed: Microsoft Corporation; Copyright (C) 1985-2003. SP1 ed; 2003.
29. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
30. Brasil. Lei No 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
31. Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev.Saúde Pública*. 2005;39(1):58-66.
32. Arnold MW, Silva MA, Falbo Neto GH, Haimenis RP. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil na cidade do Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007 nov.;7(Supl. 1):S23-S28.
33. Cardoso MP, Aníbal F. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. *Cad Saúde Pública*, 2006 out.;22(10):2241-8.
34. Arnold MW, Falbo Neto GH, Figueiroa JN. Years of potential life lost by children and adolescent victims of homicide: Recife, 1997. *J Trop Pediatr*. 2002; 48: 67-71.
35. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*, mar. 2007, 16(1):7-18.
36. Fingerhut LA, Chirstoffell KK. Firearm-related death and injury among children and adolescents. *Future Child* 2002; 12:25-37.
37. Dahlberg LL, Ikeda RM, Kresnow MJ. Guns in the Home and Risk

- of a Violent Death in the Home: Findings from a National Study. *Am J Epidemiol* 2004;160:929–36.
38. Suffla S, Van Niekerk A, Arendse N. Female homicidal strangulation in urban South Africa. *BMC Public Health*. 2008 Oct 21;8:363.

5.4 Artigo IV – Mulheres “paroaras” e violência: anos potenciais de vida perdidos em homicídios

Artigo a ser submetido à **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DA USP**, versão impressa ISSN 0034-8910, Periódico Científico com classificação Qualis CAPES A2, apresentado conforme as Instruções aos Autores da própria Revista (Anexo G). No Apêndice H encontra declaração de Responsabilidade.

Mulheres paroaras e violência: anos potenciais de vida perdidos em homicídios
Paroaras Women and violence: potential years of lost life due to homicides
La Mujer paroaras y la violencia: años potenciales de vida perdidos debido a homicidios

Vera Lúcia de Azevedo Lima¹, Maria de Lourdes de Souza²

¹ Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Doutorado - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade-Modalidade DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: veraluci@ufpa.br.

² Enfermeira Doutora em Saúde Pública – FSP-USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Coordenadora Geral da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), e-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br

Endereço:

Vera Lúcia de Azevedo Lima
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal do Pará
Rua Generalíssimo Deodoro – Praça Camilo Salgado, n. 1, Umarizal
CEP – 66055-240 – Belém/PA. Telefone (091) 32444320
veraluci@ufpa.br

Mulheres paroaras e violência: anos potenciais de vida perdidos em homicídios

Paroaras Women and violence: potential years of lost life due to homicides

La Mujer paroaras y la violencia: años potenciales de vida perdidos debido a homicídios

Resumo: Estudo exploratório quantitativo fundamentado na epidemiologia descritiva. Nele são incluídas todas as mortes de mulheres “Paroaras” residentes em Belém, ocorridas no período de 2003 a 2007, com o objetivo de analisar os anos potenciais de vida perdidos em decorrência de homicídios. Os dados foram obtidos junto ao Sistema de Informação de Mortalidade e no banco de dados da Secretaria de Saúde do Estado do Pará e foram sistematizados em grupos de causas, codificados os Homicídios (X85-Y09) conforme consta na Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão. Do conjunto das causas externas que somaram 19.727 Anos Potencias de Vida Perdidos (APVP), os homicídios ocuparam a segunda posição na ordenação com 5.459 APVP. Do total das causas externas, 27,7%, as maiores perdas potenciais de vida ocorreram na faixa etária entre 15 e 29 anos, com 4.476 anos. A arma de fogo foi o meio utilizado pelo agressor para realizar os homicídios e decorreram em 3.059 anos de vida potencialmente perdidos. A sociedade paraense foi vítima de um grande dano em perdas de anos de vida precocemente tolhidos pela violência contra a mulher, e que as mulheres poderiam ter produzido e não produziram ativamente para si, para família, para o trabalho, para educação e para sociedade brasileira.

Palavras-chave: Homicídio; Agressão; Mulheres; Anos Potencias de Vida Perdidos.

Abstract: A quantitative exploratory study based on descriptive epidemiology. In the study, all the deaths of resident women in Belém, Pará during the period from 2003 to 2007, are included. Our objective was to analyze the potential years of lost life due to homicides. The data were obtained from the Mortality Information System and from the database of the Secretary of Health of the State of Pará, and were systematized in groups of causes, homicides (X85-Y09) being codified as in the International Classification of Diseases, Tenth Revision. In the group of external causes with 19.727 potential years of lost life, the

homicide group occupied the second position in order with 5.459 potential years of lost life. Of the total of external causes (27,7%), the greatest potential loss of life occurred in the age group between 15 and 29 years, with 4.476 potential years of lost life. Firearms were the principle weapons used by the aggressors to commit the homicides that resulted in 3.059 potential years of lost life. Pará society, as a whole, is the victim of immense damage in loss of years of life that was prematurely taken by violence against women. These women surely could have, but did not actively produce for themselves, for their families, for their work, for their education, or for Brazilian society.

Key Word: Homicide; Aggressions; Woman; Potential Years of Life Lost.

Resumen: Estudio exploratorio cuantitativo fundamentado en la epidemiología descriptiva. En el son incluidas todas las muertes de mujeres “Paroaras” residentes em Belém, ocurridas en el período de 2003 a 2007, con el objetivo de analizar los años potenciales de vida perdidos en consecuencia de homicidios. Los datos fueron obtenidos junto al Sistema de Información de Mortalidad y en el banco de datos de la Secretaria de Saúde do Estado do Pará y fueron sistematizados em grupos de causas, codificados los Homicidios (X85-Y09) conforme consta en La Clasificación Internacional de enfermedades, Décima Revisión. Del conjunto de las causas externas que sumaron 19.727 Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), los homicidios ocuparon la segunda posición en la ordenación con 5.459 APVP. Del total de las causas externas, 7,7%, las mayores pérdidas potenciales de vida ocurrieron en edades entre 15 y 29 años, con 4.476 años. Arma de fuego fue el medio utilizado por el agresor para realizar los homicidios que resultaron en 3.059 años de vida otencialmente perdidos. La sociedad paraense fue víctima de un gran perjuicio en pérdidas de años de vida precozmente cercenadas por la violencia contra la mujer, y que las mujeres podrían haber producido y no produjeron activamente para si, para La familia, para el trabajo, para educación y para sociedad brasileña.

Palabras clave: Homicidio; Agresión; Mujeres; Años Potenciales de Vida Perdidos.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o aumento da mortalidade por causas violentas tem sido uma das situações estressoras da população brasileira, sendo perceptíveis nas grandes capitais os sinais de medo e insegurança.

O quantitativo de mortes é medido por meio de indicadores de mortalidade que traduz a magnitude dessas mortes, mas não informa a sua transcendência, o peso que essas mortes causam para sociedade quando ocorrem precocemente. Nesta ótica, tem sido enfatizada a importância da mortalidade prematura como valor social da morte e a necessidade de conhecer sua medida e análise. Deste modo, o indicador utilizado para o cálculo dessa medida neste estudo será o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).

A principal característica do APVP é destacar a precocidade das mortes e propiciar um novo critério para a definição de prioridades em saúde, baseada não só na magnitude das mortes (número de óbitos), mas também na sua transcendência medida em idade em que ocorrem os óbitos.

Sendo assim, o APVP é um indicador que estima o tempo que a pessoa deveria ter vivido se não morresse prematuramente, considerando um número de anos provável que todo ser humano pode viver. Esta concepção é expressa no indicador esperança de vida ao nascer, que deu origem ao indicador APVP.

Ao contrário dos indicadores tradicionais de mortalidade, que dão igual peso a todos os óbitos, no cálculo do APVP é atribuído um peso maior aos óbitos de pessoas mais jovens e o seu uso proporciona uma ordenação das causas de morte diferente da obtida com a utilização dos coeficientes de mortalidade e da mortalidade proporcional por causas. Neste sentido, o APVP enfatiza a importância da mortalidade prematura como do valor expressão social e a necessidade de operacionalizar sua medida e análise.

Romeder e Mcwhinnie¹ propuseram a aplicação do indicador APVP com o objetivo de definir as principais causas de mortes prematuras. Este indicador representa uma possibilidade metodológica para medir as mortes que ocorrem precocemente. A concepção do indicador baseia-se na hipótese de que as mortes que ocorrerem antes da duração de vida esperada leva a uma perda de anos potenciais de vida. Ou seja, se uma pessoa morre antes de atingir um limite de idade estabelecido, considera-se que ela perdeu anos potenciais de vida⁴. Inicialmente, o indicador foi construído utilizando-se como limite de idade superior a Esperança de Vida ao Nascer.

Considerando o objetivo principal dos trabalhos consultados sobre o tema, foi possível identificar a trajetória, a importância e as áreas de aplicação do indicador: avaliar as principais causas de óbitos ou de causas específicas; avaliar o impacto de programas de prevenção e tratamento; avaliar tendência histórica da mortalidade de uma determinada população; comparar áreas ou grupos populacionais diferentes e dimensionar a perda econômica e social causada pela mortalidade precoce.

O APVP foi calculado, aplicado e analisado em vários estudos com abordagem diferentes até a atualidade ^{1,4, 5, 7-13}.

Na literatura consultada, também foi encontrado que a aplicação do indicador APVP resultou no redimensionamento do perfil de mortalidade, por principais causas de óbitos no estado e no município do Rio de Janeiro na década de 90 ⁵.

Peixoto e Souza ⁶ realizaram três estudos utilizando o indicador APVP: para mensurar as desigualdades regionais existentes no estado de Santa Catarina, medidas em termos de mortalidade prematura por 1.000 habitantes foi aplicado o APVP; para determinar e analisar os APVP para as principais causas de óbitos de Santa Catarina em 1995; e para comparar o padrão da mortalidade por sexo. A utilização desse indicador na ordenação das causas de óbito aumentou a importância relativa das causas externas e ressaltou a importância da utilização do indicador como instrumento de orientação no estabelecimento de prioridades.

Em outro estudo, com o objetivo de determinar a ordem de causas de morte nos Estados da Região Noroeste do México, utilizaram o indicador APVP ⁷. O homicídio foi a primeira causa de morte em Sinaloa após a aplicação do indicador. Este trabalho destaca o fato de que, quando se utiliza esse indicador com uma ponderação econômica, pode-se fazer uma discriminação entre os estados dentro de uma região aparentemente uniforme no que diz respeito à mortalidade.

Arnold et al. ¹¹, considerando a importância crescente de mortes de mulheres em idade reprodutiva na cidade de Recife, realizaram a análise da mortalidade de mulheres com idade entre 10 e 49 anos. Os homicídios foram as causas mais frequentes de óbito das mulheres em idade fértil nas faixas de idade entre 10-19, 20-29 e 30-39 anos, com os maiores valores de APVP (1595, 1620 e 840, respectivamente), passando a ocupar o primeiro lugar após a aplicação do indicador APVP.

O estudo de Weerasinghe; Yusuf e Parr ¹², com a aplicação do indicador APVP, possibilitou que os autores calculassem a mortalidade

prematura em Nova South Wales (NSW), na Austrália, com a finalidade fornecer informações para desenvolver e acompanhar os programas de saúde, visando reduzir a mortalidade prematura (muitas vezes evitáveis).

Considerando a relevância do tema para saúde e para sociedade, este estudo tem como objetivos: analisar os APVP em mulheres “paroaras” residentes em Belém vítimas de homicídios e analisar a tendência, no período compreendido entre os anos 2003 e 2007, dos APVP de mulheres “paroaras” residentes em Belém vítimas de homicídios.

METODOLOGIA

O método é fundamentado na epidemiologia descritiva e o tipo de delineamento é o estudo exploratório. Nele, são incluídas as mortes de mulheres “Paroaras” residentes em Belém, em todas as faixas etárias, no período entre 2003 a 2007^{14,15}. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH) por meio do parecer consubstanciado – Projeto nº 209/2008.

Os dados foram obtidos junto ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do banco de dados do Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde (DEVS), da Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Pará. Os dados foram acessados no *site* <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extpr.def>, em 26 de fevereiro de 2009¹⁶. Para a coleta de dados foi definido um roteiro com as seguintes variáveis: número de óbitos femininos, faixa etária e o meio utilizado no período de 2003 a 2007. O acesso ao banco de dados foi obtido com a autorização da DEVS mediante a apresentação dos seguintes documentos: requerimento, cópia do projeto de pesquisa, cópia do parecer do Comitê de Ética da UFSC e carta de apresentação da orientadora para a diretora do DEVS.

Os dados sobre as mortes foram agrupados e aplicou-se as denominações dos Capítulos Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10)¹⁷, e destacou-se os Homicídios (X85-Y09). Os homicídios foram classificados segundo a causa básica, agrupados por idade nas seguintes faixas etárias <1 Ano, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 anos e mais. Consideradas as faixas etárias 13 definidas pelo tabnet/DATASUS. Foram calculados os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) aplicando-se a multiplicação do número de óbitos em cada intervalo de

idade pelo número de anos que faltavam para atingir a idade de 70 anos. Adotou-se no presente estudo os critérios sugeridos pelo Ministério da Saúde¹⁸, que estabelece uma idade limite para o cálculo dos APVP em 70 anos e a técnica aplicada foi a proposta por Romeder e McWhinnie¹, que estabelecem uma idade limite para o cálculo dos APVP com base na vida média da população.

Portanto, para a obtenção do número de APVP é feita a distribuição dos óbitos por agrupamentos de idade. Em seguida, multiplica-se o número de óbitos em cada intervalo de idade pelo número de anos que faltam para atingir a idade limite de 70 anos. Essa diferença é obtida a partir do ponto médio de cada faixa etária. A somatória desses produtos fornece o total de APVP, valor que representa o número estimado de perdas para uma causa específica de morte ou para todas as causas

Além disso, foi calculada a proporção dos APVP geral e específico para cada faixa etária. A sistematização dos dados e os cálculos estatísticos foram realizados com suporte do programa *Microsoft Office Excel 2003*¹⁹.

RESULTADOS

Os dados apresentados na Tabela 1 mostram que, do total de 581 óbitos por causas externas, os homicídios representam 19,4% do total, ocupando a terceira posição. Ao calcular e aplicar o indicador dos APVP, os homicídios assumem a segunda posição na ordenação do conjunto das causas externas com 5.459 anos potenciais de vida perdidos, ou 27,7% do total.

Os dados incluídos na Figura 1 apontam as perdas de 1.943 anos potencialmente de vida na faixa etária 20 a 29 anos. Ao somar os APVP compreendidos entre menor de um ano e 19 anos perfazem um total de 2.007 anos de vida perdidos, ou 36,8% do total, como mostra a Tabela 2. Os APVP nas mulheres de 50 anos a mais foram de 260. A somatória dos APVP das mulheres que morrem com idades entre 15 a 49 anos perfaz 4.476 – ou 82,5% do total.

A Tabela 2 demonstra que os homicídios em mulheres “paróaras” entre 2003 e 2007 totalizaram 5.459 Anos Potenciais de Vida Perdidos. As faixas etárias mais acometidas nesse período foram de 15-19 e 20-29 anos, com 1.283 e 1.943 APVP, respectivamente – quase 60%.

Tabela 1. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Causas

Externas em mulheres “paróaras” residentes em Belém no período de 2003 a 2007

Códigos	Causas Externas	Óbitos			APVP		
		n.	%	Posição	n.	%	Posição
W00 - X59	Traumatismos Acidentais	220	37,9	1ª	4.464	22,6	3ª
V01 - V99	Acidentes de Transportes	172	29,6	2ª	6.621	33,6	1ª
X85 - Y09	Homicídios (Agressões)	113	19,4	3ª	5.459	27,7	2ª
X60 - X84	Suicídios	32	5,5	4ª	1.560	7,9	4ª
Y10 - Y34	Intenções Indeterminadas	23	4,0	5ª	1.139	5,8	5ª
Y40 - Y84	Comp de Assist Médica e Cirúrgica	21	3,6	6ª	485	2,5	6ª
Total		581	100	---	19.727	100	---

Fonte: SIM/DVE/SESPA ¹⁸

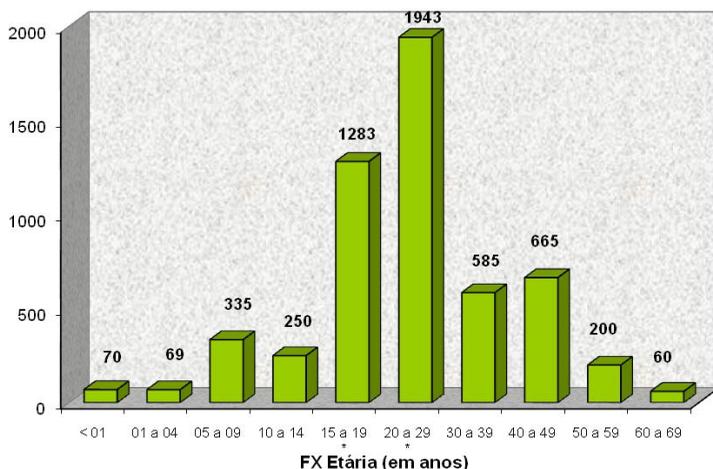


Figura 1. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por faixa etária em mulheres “paróaras” residentes em Belém, no período de 2003 a 2007

Fonte: SIM/DVE/SESPA ¹⁸

Os dados apresentados na Figura 2 revelam que a faixa etária em que ocorreu maior perda de anos potenciais de vida foi a de 20 a 29 anos. Além disso, pode-se também observar nesta figura que a perda potencialmente de vida foi semelhante no período entre 2003 e 2007, apesar de observar-se variação nos anos de 2003 e 2005, quando também foi observado que não houve perda potencialmente de vida nas faixas etárias entre 1 a 10 anos em 2007 e um discreto pico na faixa

etária de 15 a 19 anos em 2003, além de um discreto pico na faixa etária de 5 a 9 anos em de 2006.

Tabela 2. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Homicídios em mulheres “paroaras” residentes em Belém no período de 2003 a 2007

Faixa etária	2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	APVP	%										
<1 Ano	70	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	70	1,3
1-4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	4,5	0	0,0	69	1,3
5-9	0	0,0	67	7,6	67	5,6	201	13,1	0	0,0	335	6,1
10-14	0	0,0	63	7,1	125	10,4	63	4,1	0	0,0	250	4,6
15-19	473	41,6	135	15,3	203	16,9	270	17,5	203	28,8	1.283	23,5
20-29	420	36,9	420	47,8	420	35,0	368	23,9	315	44,8	1.943	35,6
30-39	90	7,9	45	5,1	135	11,3	225	14,6	90	12,8	585	10,7
40-49	70	6,2	70	8,0	210	17,5	245	15,9	70	10,0	665	12,2
50-59	0	0,0	50	5,7	25	2,1	100	6,5	25	3,6	200	3,7
60-69	15	1,3	30	3,4	15	1,3	0	0,0	0	0,0	60	1,1
70-79	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
80 e +	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	1.137	100	879,5	100	1.200	100	1.540	100	702,5	100	5.459	100

Fonte: SIM/DVE/SESPA ¹⁸

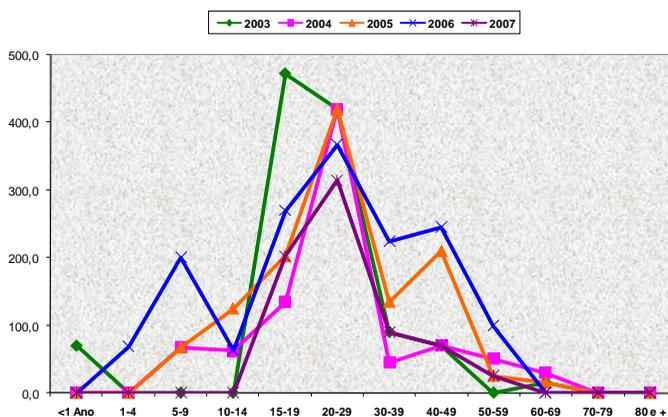


Figura 2. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Homicídios em mulheres “paroaras” residentes em Belém no período de 2003 a 2007

Fonte: SIM/DVE/SESPA ¹⁸

Os dados apresentados na Tabela 3 mostram a perda de 3.059

anos de vida potencialmente perdidos, utilizando a arma de fogo como meio utilizado. Ela ocupa a primeira posição entre os meios utilizados nos homicídios. O uso de objetos cortantes ou penetrantes, com 1.315 APVP, ocupa a segunda posição.

Tabela 3. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por Meios Utilizados pelo agressor em mulheres “paroaras” residentes em Belém no período de 2003 a 2007

Códigos	Meios utilizados	Óbitos			APVP		
		n.	%	Posição	n.	%	Posição
X95	Disparo outra arma de fogo ou NE	63	55,8	1ª	3.059	56,0	1ª
X99	Objeto cortante ou penetrante	27	23,9	2ª	1.315	24,1	2ª
Y09	P/meios NE	9	8,0	3ª	274	5,0	4ª
X91	Enforc. estrangulamento sufocação	8	7,1	4ª	457	8,4	3ª
Y00	P/meio de um objeto contundente	2	1,8	5ª	113	2,1	5ª
Y08	P/outr meios espec	2	1,8	6ª	105	1,9	6ª
Y05	Agressão sexual p/meio de forca física	1	0,9	7ª	67	1,2	8ª
Y07	Outr síndr de maus tratos	1	0,9	8ª	70	1,3	7ª
Total		113	100	----	5.459	100	----

Fonte: SIM/DVE/SESPA ¹⁸

DISCUSSÃO

A aplicação e a análise do indicador APVP por mulheres vítimas de homicídios é relevante para o conhecimento da realidade, pois revela o impacto para sociedade das mortes de mulheres prematuras.

Neste estudo, as mortes de mulheres por causas externas perfizeram um total de 19.727 anos de vida potencialmente perdidas. O Homicídio retirou 5.459 anos de vida potenciais de mulheres. Ao comparar a mortalidade proporcional e o APVP das causas de mortes, observou-se a diferença na ordenação do homicídio. A mortalidade proporcional por homicídio, que ocupava a 3ª posição com 19,4% do total das mortes, após o cálculo e a aplicação do APVP, assumiu a 2ª posição com 27,7% do total de APVP entre as causas externas, com uma diferença de 5,1% de perdas potenciais de vida a mais em relação às perdas por traumatismos acidentais, que ocupava – com 37,9% – a 1ª posição na ordenação da mortalidade proporcional. Ela passou a ocupar a 3ª posição na ordenação após aplicação do APVP, com 22,6%.

Segundo a faixa etária, as maiores perdas de vida potencial associada ao Homicídio aconteceram entre 15 e 49 anos, com um total de 4.476 APVP. Há perda de 3.059 anos de vida potencialmente perdidos por homicídios em que o agressor utilizou como meio a arma de fogo.

A mortalidade prematura expressa o valor social da morte, pois, quando ela ocorre numa etapa em que a vida é potencialmente produtiva, a morte não afeta somente a mulher e o grupo que convive diretamente com ela, mas a sociedade como um todo, que é privada de seu potencial.

A tendência dos anos potenciais de vida perdidos por homicídio no período de 2003 a 2007 apresenta semelhança na faixa etária de 20 a 29 anos, o que revela que possivelmente não houve uma mudança no comportamento do evento.

A Constituição da República Federativa do Brasil²⁰, no Artigo 5, estabelece o direito à vida e à segurança de todos os brasileiros, mas pergunta-se - que direito é esse, que permite que mulheres morram precocemente deixando seus filhos, esposo, família, trabalho e educação? Em relação à segurança, esse direito não se tem, apesar da existência de Políticas de Segurança Pública, que não são cumpridas ou são insuficientes para proteger e controlar a mulher contra a violência ou evitar a morte prematura.

Na literatura consultada, o APVP apresenta resultados semelhantes a este estudo feito em Belém. Em 2000, na cidade de Recife, foi realizado um estudo, revelando as causas externas como principal motivo de perda de anos potenciais de vida em três extratos de condições de vida da população. Constatou ainda que os homicídios por arma de fogo estavam relacionados à exposição de grupos populacionais em espaço urbano onde o desemprego, a renda, o nível de escolaridade e as condições de vida não lhes favoreciam²¹.

Um estudo em mulheres entre 10 e 49 anos, residentes em Recife, Pernambuco, mortas no período entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2001 apontou os grupos das causas externas e das doenças infecciosas e parasitárias que ocuparam a terceira e quarta posição, representando respectivamente 17,6% e 9,6% dos casos. Os homicídios foram as causas mais frequentes de óbito das mulheres em idade fértil nas faixas de idade entre 10-19, 20-29 e 30-39 anos, com os maiores valores de APVP (1.595, 1.620 e 840, respectivamente), passando a ocupar o primeiro lugar após a aplicação deste indicador¹¹.

A análise do APVP demonstra que as mortes que ocorrem antes da duração de vida esperada resultaram numa perda de anos de vida.

Neste estudo feito em Belém, as maiores perdas potenciais de vida aconteceram na faixa de idade produtiva de mulheres.

Nos últimos anos, no comportamento social da mulher, ocorreram várias mudanças. A crescente participação no mercado de trabalho, a contribuição no rendimento familiar e a elevação da escolaridade são aspectos fundamentais para dimensionar seu papel na sociedade brasileira²².

A perda de vida precocemente de mulheres na idade produtiva tem um impacto social, econômico e intelectual para sociedade brasileira. Na economia, a mulher assume hoje ocupações e profissões antes destinadas aos homens, contribuindo no orçamento familiar e no sustento no papel de chefia da família. Além da perda para a educação da própria mulher, também tem a perda da educação para os filhos que as mulheres deixam de fazer quando morrem prematuramente.

A força da mulher no mercado de trabalho está cada vez mais presente dessa forma tem contribuído no desenvolvimento da economia do país. Quanto à escolaridade, as mulheres brasileiras vêm se destacando em relação aos homens, especialmente nas áreas urbanas do País, onde apresentam, em média, um ano a mais de estudo que os homens²².

As mortes prematuras estão intimamente relacionadas com as mortes por causas evitáveis, que poderiam ter sido eliminadas, ou ter seus efeitos controlados. Com o objetivo de analisar a mortalidade por causas evitáveis e o seu impacto na vida útil, medido em APVP, em Fortaleza, no período de 1996 a 1998, verificou que as causas externas entre os grupos de causas evitáveis desencadearam a maior perda proporcional com 67,3% (137.123 anos) em ambos os sexos. Dessas perdas, 18,06% (20.584) foram para o sexo feminino⁹.

Os óbitos por causas evitáveis provavelmente estão associados a diferentes fatores, entre os quais a segurança pública e políticas públicas efetivas para redução e controle da violência contra a mulher.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que a sociedade paraense foi vítima de danos resultantes das perdas de anos de vida precocemente tolhidos pela violência contra a mulher. Isto porque estas mulheres poderiam ter produzido, ativamente para si, para a família, para o trabalho, para a educação. Enfim, para a sociedade brasileira.

Foram perdidos 5.459 anos de vida potenciais por homicídio. As

maiores perdas de vida das mulheres vítimas por este tipo de crime ocorreram entre 15 a 49 anos, com um total de 4.476 APVP. O principal meio utilizado pelo agressor nos homicídios foi a arma de fogo, que tirou das mulheres 3.059 anos de vida potencialmente útil.

Diante do impacto da mortalidade prematura de mulheres produtivas e a sua importância como problema social, político e de saúde pública, é necessário o planejamento de ações de controle, prevenção e redução da mortalidade por homicídio.

REFERÊNCIAS

1. Romeder JM, McWhinnie JR. The development of potential years of life lost as an indicator of premature mortality (author's transl) Rev Epidemiol Sante Publique. 1978;26(1):97-115.
2. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3. ed. rev. e aumentada. [Curitiba]: Positivo, 2004; 2120p.
3. Merchán-Hamann E, Tauil PL, Costa MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização de nomenclatura. Informe epidemiológico do SUS. 2000;9(4):273-284.
4. Azevedo-Lira M, Drummond Junior M. Anos potenciais de vida perdidos no Brasil em 1980 e 1997. Estudos Epidemiológicos. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2000.
5. Reichenheim ME, Werneck GL. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. Cad Saúde Públ. 1994;10(supl. 1):188-98.
6. Peixoto HCG, Souza ML. Anos potenciais de vida perdidos e os padrões de mortalidade por sexo em Santa Catarina, 1995. Informe Epidemiológico do SUS. 1999;8(2):47-52.
7. Rascón-Pacheco RA, Rivera-Icedo BM, Santillana-Macedo MA, Romero-Téllez MB. Reordenación de la mortalidad en el noroeste de México, según el índice de años de vida productivos perdidos. Salud Pública de México. 1999 sept.-oct.41(5).
8. Arnold MW, Falbo Neto GH, Figueiroa JN. Years of potential life lost by children and adolescent victims of homicide: Recife, 1997. J Trop Pediatr. 2002; 48: 67-71.

9. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup 2):S263-72.
10. Wong MD, Chungb AK, Boscardin WJ, Li M, Hsieh HJ, Ettner SL, et al. The Contribution of specific causes of death to sex differences in mortality. *Public Health Reports*. 2006 Nov./Dec.;121.
11. Arnold MW, Silva MA, Falbo Neto GH, Haimenis RP. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil na cidade do Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007 nov.;7(Supl. 1):S23-S28.
12. Weerasinghe DP, Yusuf F, Parr NJ. Life lost due to premature deaths in new south wales, Australia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2009(6):108-20.
13. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):405-12.
14. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1994.
15. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
16. Brasil. Ministério da Saúde. SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) [database on the Internet]. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extpr.def>>. Acesso em: 26 Fev. 2009.
17. OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: OMS; 1995.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Investigação sobre perfis de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
19. Excel, MO. Parte do produto Microsoft Office Professional Edição 2003 ed: Microsoft Corporation; Copyright (C) 1985-2003. SP1 ed; 2003.

20. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4ª. ed. São Paulo: Saraiva; 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
- 21 Holmes CEM. Anos potenciais de vida perdidos - APVP: análise das desigualdades segundo o estrato de condições de vida da cidade do Recife, 2000 [Dissertação de Mestrado]. Recife: Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, 2002.
22. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [database on the Internet]. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 21 out. 2008.

5.5 Artigo V - Violência contra a mulher: implicações para o cuidado de enfermagem

Artigo a ser submetido à *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, versão impressa ISSN 0034-8910, Periódico Científico com classificação Qualis CAPES A2, apresentado conforme as Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo H). No Apêndice I encontra declaração de Responsabilidade.

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: IMPLICAÇÕES PARA O
CUIDADO DE ENFERMAGEM
VIOLENCE AGAINST WOMEN: IMPLICATIONS FOR
NURSING CARE
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: LAS IMPLICACIONES
PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Vera Lúcia de Azevedo Lima¹, Maria de Lourdes de Souza², Isflia Aparecida Silva³, Maria Antonieta Rubio Tyrrel⁴, Marisa Monticelli⁵, Odalea Maria Bruggemann⁶, Vera Radunz⁷

Endereço:

Vera Lúcia de Azevedo Lima
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal do Pará
Rua Generalíssimo Deodoro – Praça Camilo Salgado, n. 1, Umarizal
CEP – 66055-240 – Belém/PA. Telefone (091) 32444320
veraluci@ufpa.br

]

¹ Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Doutorado - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade-Modalidade DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: veraluci@ufpa.br.

² Enfermeira Doutora em Saúde Pública – FSP-USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Coordenadora Geral da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), e-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br.

³ Doutora em Enfermagem Obstétrica pela Universidade de São Paulo, Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e-mail: isasilva@usp.br.

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Diretora da Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, e-mail: tyrrell2004@hotmail.com.

⁵ Doutora em Enfermagem, Docente do PEN/UFSC, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), e-mail: marisa@nfr.ufsc.br.

⁶ Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Docente do PEN/UFSC, Participante pesquisadora do GRUPESMUR, e-mail: odalea@nfr.ufsc.br.

⁷ Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e Pós-Doutorado pela University of Alberta, Edmonton, Canadá. Docente do PEN/UFSC, e-mail: radunz@ccs.ufsc.br.

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: IMPLICAÇÕES
PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM
VIOLENCE AGAINST WOMEN: IMPLICATIONS FOR
NURSING CARE
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: LAS
IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

RESUMO: Estudo de revisão integrativa, cuja exploração temática foi realizada com suporte da análise de conteúdo e da Teoria de Horta. Teve como objetivo identificar se a violência contra a mulher afeta as necessidades humanas básicas e quais as implicações para o cuidado de enfermagem. Identificou-se nos artigos que as consequências da violência contra a mulher comprometem todas as necessidades e, principalmente, as psicobiológicas como a integridade cutâneo-mucosa (com 27%) e as psicossociais como a auto-estima (25,4%). O cuidado de enfermagem contribui para que a mulher encontre estratégias para superar a dor, o medo, a vergonha, as doenças associadas e, também, seus próprios meios para satisfazer as suas necessidades que foram comprometidas pela violência. O cuidado de enfermagem é também um recurso para criar, junto com as mulheres, grupos de ajuda mútua e, por meio destes, os serviços de saúde promovam o direito à vida e ao exercício da cidadania.

Descritores: Mulheres; Cuidados de Enfermagem; Violência contra a mulher.

ABSTRACT: An integrative review study, whose thematic exploration was accomplished with support from content analysis and Horta's Theory. The objective of the study was to identify if violence against women affects basic human needs and what the implications for nursing care are. Through the articles studied, it was identified that the consequences of violence against women compromised all basic human needs, and mainly, psychobiological needs such as mucocutaneous integrity (with 27%) and psychosocial needs such as self-esteem (25,4%). Nursing care contributes so that women can discover strategies to overcome the pain, fear, shame, and associated diseases, as well as their own means of providing their individual needs that were compromised by the violence. Nursing care is also a resource for creating, together with the women, mutual help groups. Through these

groups, health care services are able to help promote the right to life and the exercise of citizenship.

Key words: Women; Nursing Care; Violence Against Women.

RESUMEN: Estudio de revisión integrativa, cuya exploración temática fue realizada con apoyo del análisis de contenido y de la Teoría de Horta. Tuvo como objetivo identificar si la violencia contra la mujer afecta las necesidades humanas básicas y cuales las implicaciones para el cuidado de enfermería. Se identificó en los artículos que las consecuencias de la violencia contra la mujer comprometen todas las necesidades y, principalmente, las psicobiológicas como la integridad cutáneo-mucosa (con 27%) y las psicosociales como el auto-estima (25,4%). El cuidado de enfermería contribuye para que la mujer encuentre estrategias para superar el dolor, el miedo, la vergüenza las enfermedades asociadas y, también, sus propios medios para satisfacer sus necesidades que fueron comprometidas por la violencia. El cuidado de enfermería es también un recurso para crear, junto con las mujeres, grupos de ayuda mutua y, que por medio de estos, los servicios de salud promuevan el derecho a la vida y al ejercicio de la ciudadanía.

Descriptor: Mujeres; Cuidados de Enfermería; Violencia contra la mujer.

INTRODUÇÃO

Enfermagem é a arte e a ciência cuja finalidade é o cuidado ao ser humano, em todos os contextos em que se encontre. O cuidado de enfermagem é um serviço profissional prestado tanto na dimensão pessoal quanto social, pois tem como finalidade a preservação do ser humano, e assim, também da espécie humana. O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade⁽¹⁾.

O cuidado de enfermagem se aplica a mulher saudável, doente e em outras situações, como as que são vítimas de violência. Mediante a magnitude da violência, os serviços de saúde devem responder a esta demanda e, por conseguinte a enfermagem precisa identificar os sinais e sintomas que a caracterizam nas mulheres que procuram ajuda nas

unidades de saúde. Isto porque a violência é um problema de saúde pública para o qual o cuidado de enfermagem é fundamental. Assim, é necessário que os enfermeiros e demais profissionais da enfermagem saibam a definição da violência e como ela causa impacto na vida da mulher e da sociedade em geral.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher^(2:1) a definiu como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.

Os casos de violência não são identificados, tornando esse fenômeno invisível dentro dos serviços de saúde⁽³⁾. A invisibilidade é reforçada pela complexidade da violência, tornando-a um agravo de difícil intervenção. Assim, muitas mulheres não contam e muitos profissionais não perguntam, até pela falta de preparo para o seu diagnóstico e também pela organização e cultura dos serviços de saúde⁽⁴⁾. Segundo a Organização Mundial de Saúde⁽⁵⁾, os profissionais de saúde raramente notam ou indagam a mulher sobre os sintomas da violência.

Além disso, muitos profissionais entendem que a violência é um problema particular e, levados pela falta de capacitação para diagnosticá-la a partir das queixas relatadas pelas mulheres, negam que há demanda desta natureza nos serviços de saúde. Além disso, os profissionais ocupam-se somente dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais, com forte tendência à medicalização^(6,7).

Quando a mulher vítima da violência procura uma unidade de urgência e emergência ou um hospital, geralmente apresenta sinais físicos visíveis, mas quando comparecem às unidades de saúde buscam tratamentos para outras queixas e estas nem sempre são percebidas como associadas à violência.

O sofrimento, a vergonha e as marcas profundas na alma da mulher que sofreu violência dificilmente serão “cicatrizadas”, mas a finalidade da enfermagem é prestar cuidado e mobilizar a mulher para resgatar a melhor condição de vida possível, tendo cicatrizado ou não as suas feridas da alma e do corpo. Por isto mesmo, é essencial que a enfermagem sistematize suas intervenções.

Escolheu-se a teoria de Wanda Horta⁽⁸⁾, como suporte para a exploração temática na análise de conteúdo, a qual está fundamentada na teoria da motivação humana das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Maslow. Isto porque, partiu-se do pressuposto de que a violência tira da mulher o direito a uma vida saudável e de satisfação de

suas necessidades humanas básicas. A teórica brasileira elaborou a sistematização do cuidado de enfermagem com base nas necessidades humanas básicas que pode ser aplicada para a abordagem da problemática que representa a violência vivida pelas mulheres.

Mediante o cenário apresentado que demonstra ser a violência contra as mulheres um fenômeno de grande magnitude, definiu-se o seguinte objetivo para o estudo: identificar se a violência contra a mulher afeta as necessidades humanas básicas e quais as implicações para o cuidado de enfermagem.

METODOLOGIA

A Revisão Integrativa foi realizada em duas etapas. A primeira etapa consistiu na busca de artigos sobre o cuidado de enfermagem prestado às mulheres vítimas de violência, publicados pela enfermagem brasileira, em português, em periódicos nacionais indexados no Banco de Dados de Enfermagem (BEDENF). Elegeram-se os seguintes DECs: violência, violência doméstica, violência contra mulher, necessidade humana básica, cuidado de enfermagem visando avaliar se referenciavam ou não a Teoria de Horta e se de alguma maneira mencionavam as Necessidades Humanas Básicas (NHB) comprometidas pela violência. Os critérios de exclusão foram os artigos: produzidos por outros profissionais da área da saúde, em outros idiomas, que não abordavam o tema, apresentados em conferências, pesquisas realizadas em outros países e publicados antes do ano de 2000.

Mediante os resultados obtidos foi estabelecida uma segunda etapa de revisão. Elegeram-se os DECs violência, violência doméstica, violência contra mulher, violência sexual, violência intrafamiliar, mulheres maltratadas e para violência contra a mulher. Os critérios de inclusão para esta segunda etapa foram os artigos publicados em periódicos e indexados nas bases de dados BIREME, MEDLINE, LILACS, PUBMED e SciELO, cujos autores de alguma forma mencionavam as NHB comprometidas pela violência ou as consequências da violência, publicados em português, inglês e espanhol no período compreendido entre 2004 e 2008, artigos completos e de acesso gratuito.

Os critérios de exclusão na segunda etapa foram para: os artigos sobre mortalidade por homicídios, artigos sobre anos potenciais de vida perdidos, conferências, palestras em eventos, teses, dissertações, boletins epidemiológicos, livros, leis, relatórios e notas de jornais.

A exploração temática foi realizada com suporte da análise de conteúdo e da Teoria de Horta.

Para a coleta de dados e sua sistematização foi elaborado um quadro com as seguintes variáveis: código do artigo, referência artigo, idioma, tipo de publicação, assunto, ano de publicação, se referiam ou não a Teoria de Horta, NHB mencionadas ou não nos artigos. Os dados foram agrupados por NHB e sistematizado em planilha eletrônica, adotando-se o programa Excel. Os dados foram sistematizados, calculadas as frequências absolutas e percentuais, e para facilitar a visualização foram construídos quadros e gráficos com suporte do programa Microsoft Office Excel 2003⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Dos 25 artigos indexados na BDENF publicados pela enfermagem brasileira, identificados com o tema em questão, foram excluídos 02 publicados em 1987 e 1997, 01 publicado por psicóloga, 01 duplicado, 01 acerca de pesquisa realizada em outro país, 03 em espanhol, 01 em inglês, 03 de revisão, 01 de reflexão e 07 s que abordavam outros temas (Quadro 1). Os cinco artigos restantes foram incluídos no estudo e abordaram: a percepção dos profissionais de saúde de uma maternidade frente à situação de violência⁽¹⁰⁾; as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual⁽¹¹⁾; o perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores e as características da violência sofrida⁽¹²⁾, o significado da vivência de violência conjugal pela mulher vitimizada⁽¹³⁾. O quinto artigo abordou os diferentes matizes da violência contra a mulher dentro da esfera conjugal, o qual citou as consequências sofridas pela mulher vítima de violência⁽¹⁴⁾.

Os artigos publicados pelas enfermeiras brasileiras e indexados no BDENF abordam a violência contra a mulher em diversos contextos, porém não a aproximam do cuidado de enfermagem na perspectiva da Teoria de Horta.

Na segunda etapa foram encontrados 147 artigos publicados em periódicos e indexados nas bases de dados BIREME, MEDLINE, LILACS, PUBMED e SciELO. Destes foram excluídos 45 artigos, após a aplicação do primeiro critério de exclusão, restando 102 referências. A seguir aplicou-se o segundo critério de exclusão e observou-se que: 42 artigos abordavam os assuntos sobre mortalidade por homicídios, APVP, ou que não abordavam violência em mulheres e 37 outros tipos

de publicações (9 boletins epidemiológicos, 1 dicionário, 1 dissertação, 3 notas de jornal, 3 leis, 12 livros, 2 manuais, 2 relatórios, 2 resumos de evento, 1 software, 1 nota da internet, 6 artigos de revisão e 2 de reflexão).

Após a aplicação de todos os critérios de exclusão, integram o corpo da análise temática 23 artigos, que abordaram a violência contra a mulher (Quadro 2). Quanto à menção ou não das NHB afetadas pela violência contra a mulher, 65,3% (15) dos autores mencionaram as consequências da violência contra a mulher (Quadro 3), que, após identificadas nos resultados dos estudos, foram relacionadas com as NHB segundo Wanda Horta⁽⁸⁾.

Os dados na Figura 1 revelam as NHB afetadas pela violência contra a mulher. Foram citadas pelos autores as necessidades psicobiológicas (integridade cutâneo-mucosa, nutrição, sono e repouso e cuidado corporal) e as psicossociais (auto-estima, segurança, liberdade, comunicação, sexualidade, auto-imagem e atenção). Dentre as necessidades psicobiológicas mais afetadas pela violência contra a mulher, a mais mencionada pelos autores foi a integridade cutâneo-mucosa, em 27%. Quanto às necessidades psicossociais, a auto-estima foi citada em 25,4%.

DISCUSSÃO

A exploração do conteúdo das bibliografias, à luz da Teoria de Horta, resultou na identificação de que este fenômeno de grande magnitude - a violência contra a mulher - afeta todas as necessidades humanas básicas.

A contribuição teórica de Horta⁽⁸⁾ para a exploração temática e para a sistematização dos dados foi fundamental, pois proceder à coleta de dados de um artigo mediante um suporte teórico evita viés de interpretação do pesquisador e confere maior fidedignidade aos dados. Ressalta-se que muito embora Horta não tenha desenvolvido sua teoria à luz de situações de violência contra a mulher, ela ao sistematizar o processo de cuidar deixou um legado passível de aplicação. No entanto, os artigos publicados pela enfermagem brasileira indexados no BDEF abordam a violência contra a mulher em diversos contextos, porém não o fazem à luz da Teoria de Horta, no que se refere às NHB afetadas pela violência.

A violência contra a mulher afeta as necessidades psicobiológicas, como a integridade cutâneo-mucosa mencionada em

27% dos artigos, e estas se encontram entre as consequências das agressões físicas e sexuais. Deste modo é fundamental que uma enfermeira ao prestar o cuidado de enfermagem esteja atenta a esta associação.

Dentre as necessidades psicossociais, associadas à auto-estima, encontram-se as consequências como humilhação, desvalorização, submissão, ansiedade, frustração, falta de coragem e de valores. Foram mencionadas também as necessidades de segurança (citada em 14,3%), liberdade (7,9%) e sexualidade (4,8%) entre as cinco NHB mais citadas pelos autores.

Cabe ressaltar que, segundo Horta, as NHB estão relacionadas entre si, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. Portanto, associadas ao tema da violência contra a mulher cabe destacar que esta afeta e compromete todas as necessidades humanas básicas, e requer cuidado que resgate à mulher para a vida, independente do tipo de consequência mencionada pelos autores como associada à violência sofrida.

Uma enfermeira ao prestar cuidado de enfermagem, a partir da perspectiva de que cuidado envolve uma dimensão objetiva e uma subjetiva ⁽¹⁾ deve estar atenta, dentre outras, as ações a seguir mencionadas: realiza a coleta de dados objetivos e subjetivos; aplica a comunicação efetiva na entrevista da mulher em ambiente acolhedor, tranquilo e confortável; preserva a individualidade e a identidade da mulher; realiza o exame físico (inspeção, ausculta, palpação e percussão); verifica os sinais vitais; identifica os sinais e sintomas; examina os órgãos e sistemas corporais; e sistematiza o cuidado de enfermagem face as NHB comprometidas pela violência. Esclarece à mulher sobre os locais de acolhimentos e de registros da ocorrência da violência e sobre os direitos que a mesma tem mediante a Lei n. 10.778, de 24 de Novembro de 2003 e, também, da Constituição em termos do direito à vida e considerando os princípios religiosos da mulher. Encaminha a mulher para o atendimento de outras necessidades nas áreas como odontologia, psicologia, fisioterapia, medicina, exames laboratoriais e de diagnósticos. Além disso, registra no Sistema de Informação de Agravos de Notificação ^(15, 16) o caso de violência contra a mulher com a finalidade de fornecer informação que possibilite ao sistema dimensionar corretamente a magnitude da violência e, também, contribuir para definição de políticas de controle e prevenção da violência contra a mulher ^(16, 17).

O cuidado de enfermagem contribui para que a mulher encontre estratégias para superar a dor, o medo, a vergonha, as doenças

associadas à violência e para satisfazer as suas necessidades humanas básicas que foram comprometidas pela violência. O cuidado de enfermagem é também um recurso para criar, junto com as mulheres, grupos de ajuda mútua e, por meio destes, os serviços de saúde promovam o direito à vida e ao exercício da cidadania.

As mulheres com NHB alteradas pela violência poderiam encontrar suporte no cuidado de enfermagem. Este, por sua vez, é realizado com as ações próprias da enfermagem e, também, com suporte da ação de outros profissionais dado à complexidade deste fenômeno social.

A Teoria de Horta ⁽⁸⁾ se constitui em suporte para a sistematização do cuidado de enfermagem, também, com mulheres que sofreram violência e, por conseguinte tenham as NHB comprometidas.

CONCLUSÕES

- A violência contra a mulher afeta todas as necessidades humanas básicas;

- Os artigos publicados pelas enfermeiras brasileiras e indexados no BDENF abordam a violência contra a mulher em diversos contextos, porém não identificam as NHB afetadas pela violência à luz da Teoria de Horta e, também, não abordam a importância do cuidado de enfermagem em relação à violência;

- A enfermeira ao prestar cuidado de enfermagem deve estar atenta para sinais e sintomas na mulher sugestivos de violência, a exemplo de lesões cutâneas mucosas que podem estar associadas à violência física e sexual;

- As ações da enfermagem devem ser pautadas em pesquisa de modo a reconhecer adequadamente as demandas da sociedade, colaborar nas ações de controle, prevenção da violência e redução da mortalidade por homicídio como desfecho da violência contra a mulher;

- O cuidado de enfermagem contribui para que a mulher encontre estratégias para superar a dor, o medo, a vergonha, as doenças associadas à violência e para satisfazer as suas necessidades humanas básicas que foram comprometidas pela violência. O cuidado de enfermagem é também um recurso para criar, junto com as mulheres, grupos de ajuda mútua e, por meio destes, os serviços de saúde promovam o direito à vida e ao exercício da cidadania;

O cuidado de enfermagem se constitui em recurso para o cumprimento da Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003⁽¹⁶⁾, e também

mobilizar as mulheres para a proteção a que têm direito, conforme é explicitado na Lei 11.340, de 22 de outubro de 2006⁽¹⁷⁾.

REFERÊNCIAS

1. Souza ML, Sartor VVB, Prado ML. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. *Texto Contexto - Enferm* [online]. 2005 Jan - Mar [Acessado em 2009 JuL 21];14(1): 75-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a10v14n1.pdf>>.
2. OEA. Organização dos Estados Americanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - "convenção de Belém do Pará. 1994 julho 06 [Acessado em 2009 Jun 5]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>.
3. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*. 2003;7(12):41-54.
4. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* [online]. 2008 [acesso em 2009 maio 01];42(6):1053-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7122.pdf>>.
5. OMS. Organización Mundial de la Salud. World report on violence and health. Ginebra: World Health Organization; 2002.
6. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):595-603.
7. Gracia E, Lila M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Rev Méd Chile*. 2008;136:394-400.
8. Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo (SP): EPU; 1979.
9. Excel, MO. *Parte do produto Microsoft Office Professional Edição 2003 ed: Microsoft Corporation; Copyright (C) 1985-2003. SP 1 ed: 2003.*
10. Lettiere A, Nakano MAS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2008 [acesso em 2009 maio

- 01];42(3):467-73. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a07.pdf>>.
11. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família mulheres em situação de violência sexual. Rev Esc Enferm USP [online]. 2007 [acesso em 2009 maio 01];41(4):605-12. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/09.pdf>>.
 12. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. Rev Enferm UERJ, 2008 jul.-set;16(3):307-12.
 13. Monteiro CFS, Souza IEO. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. Texto Contexto Enferm., 2007 Jan-Mar;16(1):26-31.
 14. Porto JRR, Luz AMH. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. Rev Gaúcha Enferm, 2004 ago;25(2):207-18.
 15. Brasil. Poder Executivo. Decreto n. 5.099, de 03 de Junho de 2004. Regulamenta a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referencia sentinela. Pub 000003, 1 D.O.U. (Jun. 03, 2004).
 16. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 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. PUB 000011, 3 D.O.U. (Nov. 25, 2003).
 17. Brasil. Presidência da República. Lei nº 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. D.O.U. nº 000001, Seção 1 (Ago. 08, 2006).

FIGURA E QUADROS

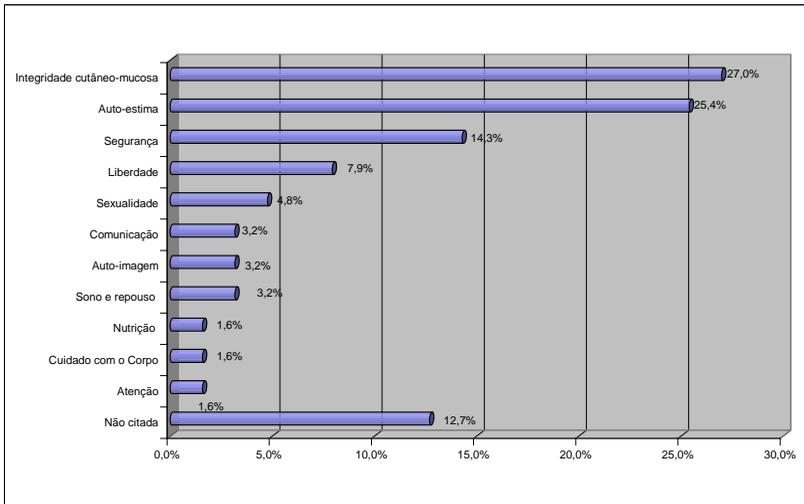


Figura 1. Necessidades Humanas Básicas afetadas pela violência contra mulheres

N	Ano	Publicação	Bibliografia
1.	2007	<u>Cogitare enferm;</u>	Sagim, Mirian Botelho; Biasoli-Alves, Zélia Maria; Delfino, Vanessa; Vanturini, Fabiola Perri.
2.	2004	<u>Rev. Esc. Enferm. USP;</u>	Cruz, Isabel Cristina Fonseca da
3.	2008	<u>Rev. Esc. Enferm. USP</u>	Lettiere, Angelina; Nakano, Ana Márcia Spanó; Rodrigues, Daniela Taysa.
4.	2008	<u>Rev. Esc. Enferm. USP</u>	Jong, Lin Chau; Sadala, Maria Lúcia Araújo; Tanaka, Ana Cristina D' Andretta.
5.	2007	<u>Rev. Esc. Enferm. USP</u>	Oliveira, Celin Camilo de; Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa da.
6.	2007	<u>Acta paul. enferm</u>	Gomes, Nadielene Pereira; Diniz, Normélia Maria Freire; Araújo, Anne Jacob de Souza; Coelho, Tâmara Maria de Freitas
7.	2008	<u>Esc. Anna Nery Rev. Enferm</u>	Rodríguez de Guzmán, Yolanda Elizabeth; Tyrrell, Maria Antonieta Rubio.
8.	2008	<u>Esc. Anna Nery Rev. Enferm</u>	Medina, Ana Beatriz Campos; Penna, Lucia Helena Garcia
9.	2008	<u>Rev. enferm. UERJ</u>	Leôncio, Karla Lima; Baldo, Priscila Lapaz; João, Virgílio Malundo; Biffi, Raquel Gabrielli
10.	2007	<u>REME rev. min. enferm</u>	Ximenes Neto, Francisco Rosemiro Guimarães; Oliveira, José da Silva; Rocha, José.
11.	2004	<u>Rev. Enferm. UERJ</u>	Penna, Lucia Helena Garcia; Santos, Neuci Cunha dos; Souza, Edinilsa Ramos de
12.	2007	<u>Texto & contexto enferm</u>	Monteiro, Claudete Ferreira de Souza; Souza, Ivis Emilia de Oliveira.
13.	2007	<u>Online braz. j. nurs. (Online)</u>	Cruz, Isabel.
14.	2004	<u>Rev. latinoam. enferm</u>	Vaiz Bonifaz, Rosa G; Nakano, Ana Marcia Spanó.
15.	2006	<u>Rev. latinoam. enferm</u>	Vianna, Lucila Amaral Carneiro; Bomfim, Graziela Fernanda Teodoro; Chicone, Gisele
16.	2006	<u>Rev. latinoam. enferm;</u>	Casique Casique, Leticia; Furegato, Antonia Regina Ferreira.
17.	2005	<u>Rev. gaúch. enferm</u>	Oliveira, Raquel Gusmão; Marcon, Sonia Silva
18.	2004	<u>Rev. gaúch. enferm</u>	Porto, Janice Regina Rangel; Luz, Anna Maria Hecker.
19.	2004	<u>Esc. Anna Nery Rev. Enferm</u>	Crizóstomo, Cilene Delgado; Nery, Inez Sampaio
20.	2003	<u>Esc. Anna Nery Rev. Enferm;</u>	Rotania, Alejandra Ana; Dias, Iêda Maria Vargas; Sousa, Kleyde Ventura; Wolff, Leila Regina; Reis, Liliane Belz dos; Rubio Tyrrell, Maria Antonieta.
21.	2000	<u>Acta paul. Enferm</u>	Oliveira, Eleonora Menicucci de
22.	2000	<u>Rev. bras. enferm</u>	Souza, Vera Lúcia Costa; Ferreira, Sílvia Lúcia
23.	1989	In: Labra, Maria Eliana. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis, Vozes,	Goldenberg, Paulete; Medrado, Maria Aparecida; Pasternostro, Maria Aparecida N.
24.	1997	<u>Texto & contexto enferm</u>	Kantorski, Luciane Prado; Moreira, Aguida Fátima; Luz, Hildete Bahia da.
25.	2000	<u>Rev. bras. enferm</u>	Souza, Vera Lúcia Costa; Ferreira, Sílvia Lúcia.

Quadro 1. Artigos recuperados e indexados na BDEFN.

N	Ano	Publicação	Bibliografia
1.	2008	Rev Saúde Pública	Audi CAF, Segall-Correa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. Rev Saúde Pública [online]. 2008 [Acesso em: 16 set 2008]; 42(5):877-85. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n5/6642.pdf .
2.	2005	Rev Latino-am Enfermagem	Castillo MMA, Oblitas FYM, Caufield C, Meza, MVG. Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil. Rev Latino-am Enfermagem [online]. 2006 mar/abr [Acesso em: 05 set 2008]; 14(2):155-62. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a02.pdf .
3.	2006	Rev Latino-am Enfermagem	Castillo MMA, Caufield, Meza MVG. Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de monterrey, N. L., México. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 nov.-dez.;13(n. esp.):1155-63.
4.	2004	Paediatr Perinat Epidemiol	Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol [online]. 2004 Jul 16 [acesso em 2009 maio 01]; 18(4):260-9. Disponível em: < http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118774800/PDFSTART
5.	2000	Cad Saúde Pública	Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-37, jan-mar, 2000.
6.	2007	Rev Latino-Am Enfermagem	Diniz NMF, et al. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 15, n. 1, p. 7-12, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a02.pdf >. Citado em: 22 agosto 2008.
7.	2009	Rev Saúde Pública	D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Rev Saúde Pública. 2009;43(2):299-311.
8.	2008	<i>BMC Public Health</i>	Hamzeh B, Farshi MG, Laflamme L. Opinions of married women about potential causes and triggers of intimate partner violence against women A cross-sectional investigation in an Iranian city. BMC Public Health. 2008 Jun 12;8:209.
9.	2009	Ciênc saúde coletiva	Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. Ciênc saúde coletiva [online]. 2009 [acesso em 2009 jun 23];14(2):595-604. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a28v14n2.pdf >.
10.	2005	Rev Latino-am Enfermagem	Leal DHMS, Catherine C. Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 nov.-dez.;13(n. esp.):1148-54.
11.	2006	<i>Rev Saúde Pública</i>	Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):604-10.

N	Ano	Publicação	Bibliografia
12.	2007	Texto Contexto – Enferm	Monteiro CFS, Souza IEO. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 26-31, Jan-Mar. 2007.
13.	2008	Rev Saúde Pública	Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. Rev Saúde Pública [online]. 2008 [acesso em 2009 maio 01];42(6):1053-9. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7122.pdf >.
14.	2008	<i>BMC Women's Health</i>	Ntaganira J, Muula AS, Masaisa F, Dusabeyezu F, Siziya S, Rudatsikira E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. BMC Women's Health. 2008;8:17.
15.	2008	<i>Rev Latino-Am Enfermagem</i>	Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Rev Latino-Am Enfermagem. v. 16, n. 1, jan.-fev. 2008. p. 136-41. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae . Acesso em: 23 Ago. 2008.
16.	2006	Semina Ci Biol Saude	Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. Semina Ci. Biol. Saude. v. 27, n. 1, jan/jun 2006. p. 3-11.
17.	2008	Rev Saúde Pública	Palazzo, Lílian dos Santos; Kelling, Alessandra; Béria, Jorge Umberto; Figueiredo, Andreia Cristina Leal; Gigante, Luciana Petrucci; Raymann, Beatriz; Bassani, Diego Garcia. Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2008;42(4):622-29.
18.	2001	Rev Gaúcha Enferm	Porto JRR, Luz AMH. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS), v. 25, n. 2, p. 207-18, ago. 2004.
19.	2007	Rev Saúde Pública	Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. Rev Saúde Pública. 2007;41(6):970-81.
20.	2006	Rev Saúde Pública	Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):595-603.
21.	2007	Rev. Saúde Pública	Saliba O, et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev. Saúde Pública. v. 41, n. 3, p. 472-7, 2007.
22.	2008	Rev. Saúde Pública	Schraiber LB, et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. Saúde Pública. v. 36, n. 4, p. 470-7, 23 Ago 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf >. Acesso em: 16 out. 2008.
23.	2003	Cad Saúde Pública	Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(Sup 2):S263-72).

Quadro 2. Lista dos autores dos artigos que compõem o corpo da análise temática.

Artigo	AUTOR	NÍVEIS SEGUNDO WANDA HORTA	NHB	CONSEQUENCIAS DA VIOLÊNCIA
1	Audi et al, 2008	NHB Psicossociais NHB Psicossociais	Segurança Segurança	Fragilidade emocional Fragilidade física
2	Castillo, Caufield e Meza, 2005	NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais	Auto-estima Segurança Auto-estima Auto-estima Auto-estima Auto-estima Comunicação Comunicação	<i>Estresse</i> <i>Falta de coragem</i> <i>Falta de valores</i> <i>Frustrações</i> <i>Impotência para resolver conflitos</i> Submissão <i>Falta de compreensão</i> <i>Falta de comunicação</i>
3	Castillo et al, 2006	NHB Psicobiológica	Integridade cutâneo-mucosa	Agressão física
4	Coker, Sanderson e Dong, 2004	NHB Psicobiológica	Sexualidade	<i>Abuso durante a gravidez está associado com óbitos perinatais e prematuros que nascem com baixo peso</i>
5	Deslandes, Gomes e Silva, 2000	NHB Psicossociais NHB Psicobiológica	Atenção Integridade cutâneo-mucosa	Tentativa de suicídio Lesões no corpo
6	Diniz et al, 2007	NHB Psicobiológica	Integridade cutâneo-mucosa	Ruptura e Laceração do Hímem
7	D'Oliveira et al, 2009		Não citada	Não citado
8	Hamzeh, Farshi e Laflamme, 2008		Não citada	Não citado
9	Lamoglia, Minayo, 2009	NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais	Segurança Auto-estima Segurança Liberdade	Medo Submissão Tortura Fuga
10	Leal, Catherine, 2005	NHB Psicossociais NHB Psicobiológica	Segurança Integridade cutâneo-mucosa	Medo do desemprego Agressão física

Artigo	AUTOR	NÍVEIS SEGUNDO WANDA HORTA	NHB	CONSEQUENCIAS DA VIOLÊNCIA
11	Marinheiro, Vieira e Souza, 2006		Não citada	Não citado
12	Monteiro, Souza, 2007	NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicobiológica NHB Psicossociais NHB Psicossociais	Auto-estima Auto-estima Segurança Auto-imagem Integridade cutâneo-mucosa Liberdade Segurança	Auto-estima fragilizada Humilhação Medo Sentimento de culpa Membros do corpo quebrados Isolamento social Sentimento de temor
13	Moreira et al, 2008	NHB Psicobiológica NHB Psicossociais NHB Psicossociais	Integridade cutâneo-mucosa Auto-estima Segurança	Sequelas físicas Sequelas psicológicas Sequelas sociais
14	Ntaganira et al, 2008	NHB Psicobiológica NHB Psicobiológica	Integridade cutâneo-mucosa Integridade cutâneo-mucosa	Agressão sexual Agressão física
15	Nunes, Sarti e Ohara, 2008		Não citada	Não citado
16	Oliveira, Carvalho, 2006		Não citada	Não citado
17	Palazzo et al, 2008		Não citada	Não citado
18	Porto, Luz, 2001	NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicossociais NHB Psicobiológica NHB Psicobiológica	Auto-estima Auto-estima Auto-estima Auto-imagem Auto-estima Integridade cutâneo-mucosa Integridade cutâneo-mucosa	Auto-estima Desvalorização Humilhação Agressão psicológica Submissão Relações sexuais forçadas Agressão física

Artigo	AUTOR	NÍVEIS SEGUNDO WANDA HORTA	NHB	CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA
		NHB Psicobiológica NHB Psicossociais NHB Psicobiológica NHB Psicobiológica NHB Psicossociais NHB Psicobiológica	Integridade cutâneo-mucosa Liberdade Nutrição Integridade cutâneo-mucosa Sexualidade Cuidado com o Corpo	Agressão na gestação Destruição da identidade e da cidadania Falta de alimentos Agressão sexual Falta de desejo sexual das mulheres Negligência em relação aos cuidados de saúde
19	Rabello, 2007	NHB Psicobiológica NHB Psicobiológica NHB Psicossociais NHB Psicobiológica	Integridade cutâneo-mucosa Auto-estima Auto-estima Sono e repouso	Lesões corporais físicas Depressão grave Ansiedade Insônia
20	Reichenheim, Dias e Moraes, 2006		Não citada	Não citado
21	Saliba et al, 2007		Não citada	Não citado
22	Schraiber, 2008	NHB Psicossociais NHB Psicobiológica NHB Psicobiológica	Auto-estima Integridade cutâneo-mucosa Integridade cutâneo-mucosa	Humilhação Agressão sexual Agressão física
23	Silva, 2003	NHB Psicobiológica NHB Psicobiológica	Integridade cutâneo-mucosa Integridade cutâneo-mucosa	Agressão sexual Agressão física

Quadro 3. Relação das conseqüências da violência contra mulheres e NHBs de Wanda Horta.

6 COMENTÁRIOS FINAIS

O tema violência contra mulheres foi desenvolvido em cinco artigos: Violência contra mulheres amazônicas; Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório; Homicídios contra mulheres “paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório; Mulheres “paroaras” e violência: Anos potenciais de vida perdidos em homicídios; e Violência contra a mulher: Reflexão sobre implicações para o cuidado de enfermagem. A operacionalização metodológica para alcançar os objetivos aplicou o estudo do tipo exploratório com suporte da Análise de Conteúdo e do Método Epidemiológico.

A Análise de Conteúdo, com abordagem qualitativa, foi utilizada no artigo Violência contra mulheres amazônicas Foi selecionada como fonte de dados secundários as notas de um jornal regional referente ao período de 1 janeiro a 31 de dezembro de 2007.

Os artigos Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório (que revelou a magnitude do fenômeno dentre todas as causas letais), Homicídios contra mulheres “paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório (que explorou o grau de violência/homicídio) e Mulheres “paroaras” e violência: Anos potenciais de vida perdidos em homicídio: estudo exploratório (que mostrou as perdas sociais da mulher vítima deste tipo de crime) foram fundamentados no Método Epidemiológico com abordagem quantitativa, técnica descritiva e a construção de indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos. Foram utilizadas fontes secundárias oficiais, referentes aos óbitos das mulheres residentes em Belém do Pará, ocorridas durante os anos de 2003 a 2007. Os dados foram obtidos junto ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do banco de dados do Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde (DEVS), da Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Pará. E o artigo, Violência contra a mulher: Reflexão sobre Implicações para o cuidado de enfermagem que utilizou a Revisão Integrativa dos artigos indexados nas bases de dados publicados pela enfermagem brasileira, indexados no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e dos artigos publicados em periódicos e indexados nas bases de dados BIREME, MEDLINE, LILACS, PUBMED e SciELO à luz da Teoria de Horta, demonstrando a possibilidade do cuidado de enfermagem como o que preconiza Souza et al. (2005) e aplicável em face às NHB comprometidas pela violência.

A violência contra mulheres apresentou variação quanto à forma e à gravidade, ocorrendo inclusive homicídio. Denotam crimes bárbaros

como o esquarteramento, cortes profundos na região do pescoço, abertura de abdômen com exposição de vísceras e retirada de feto, além da introdução de madeira em órgãos genitais. As mulheres são submetidas à violência sexual desde a infância até a idade adulta. O enquadramento legal do agressor demonstra à comunidade um meio para enfrentamento deste fenômeno social.

Das 15.523 mortes de mulheres, ocorridas entre 2003 e 2007, as Agressões (X85-Y09) obtiveram uma frequência de 113 (0,73%) registros e ocuparam a vigésima nona posição no conjunto das causas letais. Calculado e aplicado o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), a ordenação das causas letais foi modificada. As Agressões (X85-Y09), com perda de 5.459 anos potenciais para viver (2,01%) passaram a ocupar o décimo terceiro lugar, subindo dezesseis posições na ordenação das causas letais.

Dentre os 581 óbitos por Causas Externas (V01-Y84), 19,4% foram Homicídios (X85-Y09). Das mulheres vítimas de homicídio, 31,9% encontravam-se na idade entre 20 e 29 anos, 76,1% eram solteiras, 40,7% tinham de 4 a 7 anos de estudos e 55,8% dos homicídios foram perpetrados com disparo de arma de fogo.

Do conjunto das causas externas, que somaram 19.727 Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), os homicídios ocuparam a segunda posição na ordenação com 5.459 APVP. Do total das causas externas, 27,7%, as maiores perdas potenciais de vida ocorreram na faixa etária entre 15 e 29 anos, com 4.476 anos. A arma de fogo foi o meio utilizado pelo agressor para realizar os homicídios e decorreram em 3.059 anos de vida potencialmente perdidos.

Apesar da violência física não estar entre as cinco principais causas de morte em mulheres, acarreta impacto no conjunto das causas letais. Isso porque elimina da sociedade força produtiva, como trabalhadoras, como articuladoras das atividades educativas e culturais na família, que pode desencadear o abandono de filhos menores e a desagregação de mais que uma família.

A morte por homicídio é o grau máximo da violência contra a mulher. Considerar a morte como um dos componentes do ciclo da violência é, também, desenvolver consciência da magnitude, vulnerabilidade e transcendência do fenômeno a que a sociedade se submete ao ser cúmplice porque silencia e acolhe a violência como algo natural.

O impacto da mortalidade prematura de mulheres produtivas e a sua importância como problema social, político e de saúde pública, requer planejamento de ações de controle, prevenção e redução da

mortalidade por homicídio. A redução da violência requer também um processo de assistência ao agressor, de modo que ele seja punido, reeducado e acompanhado visando prevenir a repetição da violência e evitar que outras mulheres sejam mortas.

A reflexão sobre o conteúdo das bibliografias, à luz da Teoria de Horta, resultou na identificação de que a violência contra a mulher afeta todas as necessidades humanas básicas e que o cuidado de enfermagem para elas pode ser aplicado a partir dessa teoria. O cuidado de enfermagem contribui para que a mulher encontre estratégias para superar a dor, o medo, a vergonha, as doenças associadas à violência e possa encontrar caminhos para satisfazer as suas necessidades humanas básicas que foram comprometidas pela violência.

A mídia, ao destacar os temas de relevância social, além de influenciar comportamentos da sociedade, colabora diretamente para a construção de políticas públicas. Portanto, muito mais que fomentadora do comportamento violento de um cidadão, a mídia deve ser entendida como instrumento de controle social que contribui (ou não) para que o Estado assuma seu papel à frente dessas questões. No caso brasileiro, é fundamental divulgar a Lei Maria da Penha, que assegura direitos à mulher, como proteção do Estado, e sanções ao agressor.

O tema violência contra mulheres foi desenvolvido em cinco artigos que se relacionam entre si, como uma contribuição para que este fenômeno social seja visto de diferentes maneiras e também possa ser prevenido. O estudo foi desenvolvido com métodos, abordagem e técnicas diferentes, mostrando ainda a possibilidade do cuidado de enfermagem para atender às necessidades humanas básicas comprometidas pela violência contra mulheres e como recurso para criar junto com as mulheres grupos de ajuda mútua e, que por meio destes, os serviços de saúde promovam o direito à vida e ao exercício da cidadania.

Os resultados deste estudo se constituem ainda em justificativa para a proposição de um Projeto de pesquisa e extensão que, sucintamente, é registrado como idéia, denominado como **REDE PAROARA DE SUPORTE ÀS VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES**. Finalidade: implantar uma rede de suporte às vítimas da violência contra mulheres no Pará. A proposta de um projeto de pesquisa e extensão representa também um compromisso em: implantar suporte terapêutico às vítimas de violência; acolher e cadastrar as vítimas de violência contra a mulher; articular o cuidado às vítimas de violência contra a mulher, com os serviços das áreas da saúde, jurídica e social; capacitar profissionais da área da saúde para prestar cuidado

terapêutico; desenvolver cursos para lideranças comunitárias para prevenir e controlar a ocorrência de violência contra as mulheres e desenvolver uma convivência saudável no contexto social; e mobilizar a aliança entre vítimas da violência contra a mulher para criação de grupos de ajuda mútua.

A execução desta proposta de Projeto de pesquisa e extensão, ainda constituído somente no campo das idéias, poderá resultar nos seguintes produtos: Protocolo de Cuidado de Enfermagem às mulheres vítimas de violência para os serviços de atenção básica de saúde; Material didático para o ensino da prevenção da violência; Tecnologia de Rede para a prevenção da violência contra mulheres; Diagnóstico da tendência da violência e mecanismos de controle nas diferentes regiões do estado do Pará.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. M.; et al. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 41-48, 1998.
- ASLING-MONEMI, K.; et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 81, n. 1, p. 10-6, 2003.
- AUDI, C. A. F.; et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. v. 42, n. 5, p. 877-85, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/r>>. Acesso em: 16 Set. 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARSTED, L. A. L. Em busca do tempo perdido: mulher e políticas públicas no Brasil 1983-1993”. In: *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, n. especial, 2º semestre de 1994; p. 38-54.
- BONIFAZ, R. G. V.; NAKANO, A. M. S. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 12, n. Spec., p. 433-8, março-abril 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea20.pdf>>. Acesso em: 23 Ago 2008.
- BRANDÃO, E. R. Renunciando de Direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o Caso da Delegacia da Mulher. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 207-31, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Promoção da saúde no combate à violência. *Revista Promoção da Saúde*. v. 3, n. 6, p. 71-3, out. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas*. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde*. –Brasília: Ministério da Saúde, 2001. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise da morte violenta segundo raça/cor. In: *Saúde Brasil 2005 - Uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Série 8. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005parte3.pdf>. Acesso em: 9 jul 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus (Departamento de Informática do SUS) [database on the Internet]. 2008. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: Set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) [database on the Internet]. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extpr.def>>. Acesso em: 26 fev. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto-Lei n. 2.848*, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Brasília, 1940.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 10.224*, de 15 de maio de 2001. Altera o Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. Brasília, 2001.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 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, D.O.F.C. PUB 08/08/2006, nº 000001, Seção 1.

CARCEDO CABANAS, A.; SAGOT RODRIGUEZ, M. Femicídio em Costa Rica: balance mortal. *Med. leg. Costa Rica*, v.19, n.1, p. 5-16, mar. 2002.

CARDOSO, M. P.; ANIBAL, F. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Paraná, Brasil,

1991 a 2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2241-48, out, 2006.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev Latino-am Enfermagem*. v. 14, n. 6, p. 950-6, nov.-dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf >. Acesso em: 05 Set 2008.

CAVALCANTI, L. F.; et al. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, jan, 2006.

COUTO, M. T.; et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. v. 11, suppl, p. 1323-32, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a21v11s0.pdf>>. Acesso em: 23 de agosto 2008.

DAY, V. P.; et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. v. 25, suppl.1, p. 9-21, Apr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2009.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-37, jan-mar, 2000.

DINIZ, N. M. F.; et al. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 15, n. 1, p. 7-12, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a02.pdf>. Citado em: 22 agosto 2008.

EDITORIAL AMNISTIA INTERNACIONAL (EDAI). *Está en nuestras manos: no más violencia contra las mujeres*. Madrid, España: ENCO, 2004. Disponível em: <<http://www.amnistiainternacional.org>>. Acesso em: 12 out. 2008.

EL-MOUELHY, M. Violence against women: a public health problem. *The Journal of Primary Prevention*, v. 25, n. 2, Oct. 2004.

EXCEL, MO. Parte do produto Microsoft Office Professional Edição 2003 ed: Microsoft Corporation; Copyright ^(C) 1985-2003. SP1 ed; 2003.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Rev. Estud. Fem.* v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2008.

FAUNDES, A.; et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 28, n. 2, p.126-135, Feb. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n2/30680.pdf>>. Citado em: 23 ago. 2008.

GAWRYSZEWSKI V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul-ago, 2004.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, N. P.; et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul. Enferm.* v. 20, n. 4, p. 504-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/19.pdf>>. Acesso em: 23 Ago 2008.

HORTA, VA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 21 out. 2008.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilities of a cross-sector assistance network for women subjected to violence. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v. 11, n. 23, p. 485-501, set/dez 2007.

KRANTZ, G.; GARCIA-MORENO, C. Violence against women(Review). *J. Epidemiol. Community Health.* v. 59, n. 10, oct. 2005. p. 818-21.

LACERDA SANTAFE, V. Conflitos Sociais no Brasil: violência e morte no Pará e a tragédia dos sem-teto em Goiânia. *Boletim Proealc*, n. 28. Rio de Janeiro, enero-febrero, 2005. Disponível em: <<http://www2.uerj.br/~proealc/Boletim28.html>>. Acesso em: 14 ago. 2008.

LACERDA, E. (Coord.) Promoção da saúde no combate à violência. *Revista Promoção da Saúde*, Brasília, v. 3, n. 6, p.71-73, out. 2002.

LIMA, D. C.; BUCHELE, F.; CLIMACO, D. A. Homens, gênero e violência contra a mulher. *Saude soc.* v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/08.pdf>>. Acesso em: 23 de ago. 2008.

LOPES, I. M. R. S.; et al. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *RBGO*, v. 26, n. 2, p. 111-16, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n2/a05v26n2.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2008.

MARINHEIRO, A. L. V.; et al. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 604-10, 2006.

MATTAR, R; et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. v. 23, n. 2, p. 459-64, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/23.pdf>>. Citado em: 23 ago. 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa quantitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 26-31, Jan-Mar. 2007.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A. OHARA, C. V. S. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev Latino-Am Enfermagem*. v. 16, n. 1, jan.-fev. 2008. p. 136-41. Disponível em: [ww.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em: 23 Ago. 2008.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. v. 41, v. 4, p. 605-12, 2007.

OLIVEIRA, E. M. Violência contra a mulher: uma questão de gênero. *Acta Paul. Enf.*, v. 13, São Paulo, n. Especial, Parte I, p. 171-5, 2000.

OLIVEIRA E. M.; et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 376-82, 2005.

OLIVEIRA, P. M.; CARVALHO, M. L. O. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. *Semina Ci. Biol. Saude.* v. 27, n. 1, jan/jun 2006. p. 3-11.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10^a Revisão. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: OMS, 1995.

ONU. Organização das Nações Unidas. Anais da 4. Conferência mundial sobre a mulher; 1995 Set 4-15; Beijing, China. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1996. 353p.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública.* v. 29, n. 4, p. 318-25, 1995.

PORTO, J. R. R.; LUZ, A. M. H. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre (RS), v. 25, n. 2. p. 207-18, ago. 2004.

QUADROS, M. Mais de 8,8 mil de mulheres são vítimas da violência. In: *O LIBERAL*. Caderno Cidades, Belém (PA), 25 de novembro de 2007, f. 1, p. 8-9.

RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 6, p. 970-81, 2007.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS

REPRODUTIVOS - . *Dossiê violência contra a mulher: panorama sobre a violência de gênero.* 2001. Disponível em:

<<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAAs/Dossi%EA%20Viol%EAncia%20Contra%20a%20Mulher.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2008.

ROQUE, A. *Parlamentos unidos para combater a violência doméstica contra as mulheres.* Dados pessoais: os direitos das pessoas, 2007.

Disponível em: <http://dadospessoais.net/info/parlamentos-unidos-para-combater-a-violencia-domestica-contra-as-mulheres/2007-04/>. Acesso em: 16 out. 2008.

ROTANIA, A. A.; et al. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta para dentro. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* v. 7, n. 1, p. 114-25, abr.

2003. Disponível em:

<http://www.eean.ufrj.br/REVISTA_ENF/2003_vol07/2003_vol07n01ABRIL.pdf>. Acesso em: 22 Ago 2008.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SALIBA, O.; et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*. v. 41, n. 3, p. 472-7, 2007.

SARAIVA, F. R. S. *Novíssimo dicionário latino-português: etimológico, prosódico histórico, geográfico, mitológico, biográfico, etc.* 11. ed. Rio de Janeiro: Garnier, 2000. 1297p.

SCHRAIBER, L. B.; et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007a.

SCHRAIBER, L. B.; et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*. v. 36, n. 4, p. 470-7, 23 Ago 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2008.

SCHRAIBER, L. B.; et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. v. 41, n. 3, p. 359-67, 2007b.

SOARES FILHO, A. M.; et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 16, n. 1. 2007. p. 7-18.

SOUZA, M. L. Mulheres globalizadas e Islamismo. In: Fichamento crítico-reflexivo da obra *Islamismo: de Maomé a nossos dias*, do autor Neuza Neif Nabhan, 1996. 2001, 30-9p. [Material didático – disciplina História do Direito, 2000.1].

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. *Texto Contexto - Enferm.* v. 14, n. 1, p. 75-81. Jan. Mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a10v14n1.pdf>>. Acessado em 21 jul. 2009.

UNICEF. *Domestic violence against women and girls*. Innocenti Digest, n. 6. Italy: United Nations children's Fund, Innocenti Research Center, 2000.

UNITED NATIONS. *Declaration on the elimination of violence against women*. Geneva: UN, 1993. Disponível em:

<<http://www.un.org/esa/gopher-data/esc/cn6/1986-93/e1993-27.en>>.

Acesso em: 2 de setembro de 2008.

VIANNA, L. A. C.; BOMFIM, G. F. T.; CHICONE, G. Self-esteem of raped women. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. v. 14, n. 5, p. 695-701, set.-out. 2006.

WAISELFISZ, J. J. (Ed.) *Mapa da violência dos municípios brasileiros*. Brasília: OEI, 2007.

WALKER, L. *Dynamics of Domestic Violence - The Cycle of Violence*: Lenore Walker. Retrieved October 23, 2002.

WALKER, L. In: WOMEN'S Intellectual Contributions to the Study of Mind and Society. 2008. Disponível em:

<<http://www.webster.edu/~woolfm/walker2.html>>. Acessado em: 3 set. 2008.

WHO. World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Tabela Distribuição da população por sexo nas diferentes faixas etárias, em Belém do Pará, Ano 2007

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	n	%
Menor 1 ano	9.681	1,44	9.301	1,24	18.982	1,33
1 a 4 anos	43.273	6,43	42.226	5,62	85.499	6,00
5 a 9 anos	64.220	9,54	64.979	8,65	129.199	9,07
10 a 14 anos	64.274	9,55	65.160	8,68	129.434	9,09
15 a 19 anos	64.224	9,54	65.786	8,76	130.010	9,13
20 a 29 anos	137.347	20,41	151.648	20,19	288.995	20,29
30 a 39 anos	110.984	16,49	125.845	16,76	236.829	16,63
40 a 49 anos	81.539	12,11	94.253	12,55	175.792	12,34
50 a 59 anos	52.944	7,87	64.128	8,54	117.072	8,22
60 a 69 anos	26.937	4,00	37.058	4,93	63.995	4,49
70 a 79 anos	12.654	1,88	20.696	2,76	33.350	2,34
80 anos e mais	5.007	0,74	9.960	1,33	14.967	1,05
TOTAL	673.084	100,00	751.040	100,00	1.424.124	100

Fonte: BRASIL (2008a)

**APENDICE B – Violência contra mulheres amazônicas na mídia
“Paroara”: estudo exploratório**

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES AMAZÔNICAS NA MÍDIA
“PAROARA”:
ESTUDO EXPLORATÓRIO²
VIOLENCE AGAINST AMAZON WOMEN IN THE
“PAROARA” MEDIA:
EXPLORATORY STUDY
VIOLENCIA CONTRA MUJERES AMAZÓNICAS EN LOS
MEDIOS DE COMUNICACIÓN “PAROARA”: ESTUDIO
EXPLORATORIO**

Vera Lúcia de Azevedo Lima¹, Maria de Lourdes de Souza²

¹ Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Doutorado - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade - Modalidade DINTER/UFPA/UFSC/CAPES, e-mail: veraluci@ufpa.br

² Enfermeira, Doutora em Saúde Pública – FSP-USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Coordenadora Geral da Rede de Promoção do Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL), e-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br

Endereço:

Vera Lúcia de Azevedo Lima
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal do Pará
Rua Generalíssimo Deodoro – Praça Camilo Salgado, nº 1, Umarizal
CEP – 66055-240 – Belém/PA. Telefone (91) 3244.4320, e-mail
veraluci@ufpa.br

² Este artigo amplia o campo de pesquisa de 6 meses para 1 ano, complementando os dados utilizados no artigo 1, submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem, parte da Tese: Violência contra mulheres “paroaras”: contribuições para a enfermagem, submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC) Modalidade DINTER – CAPES/UFPA/UFSC.

**VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES AMAZÓNICAS NA MÍDIA
“PAROARA”:
ESTUDO EXPLORATÓRIO
VIOLENCE AGAINST AMAZON WOMEN IN THE MEDIA
“PAROARA”:
EXPLORATORY STUDY
VIOLENCIA CONTRA MUJERES AMAZÓNICAS EN LOS
MEDIOS DE COMUNICACIÓN “PAROARA”: ESTUDIO
EXPLORATORIO**

Resumo: Estudo exploratório de natureza qualitativa, com o objetivo de analisar a violência contra mulheres amazônicas, apresentada na mídia paroara impressa, segundo o tipo e sua gravidade, e citação de enquadramento do agressor na Lei Maria da Penha. Foram consultadas 365 edições de um jornal regional, publicadas de janeiro a dezembro de 2007. A partir da análise de conteúdo, foram selecionadas 309 notas sobre violências contra mulheres e 95 delas incluídas como *corpus* de análise. Os resultados foram reunidos em três grupos temáticos: mulheres assassinadas com crueldade; faixa etária das mulheres que sofrem violência sexual; e violência contra mulheres e o limite da Lei Maria da Penha. A violência contra essas mulheres apresentou variação quanto à forma e à gravidade, ocorrendo inclusive homicídio. As mulheres são submetidas à violência sexual desde a infância até a idade adulta. O enquadramento legal do agressor demonstra à comunidade um meio para enfrentamento deste fenômeno social.

Descritores: Violência; Mulheres; Meios de Comunicação; Artigo de Jornal.

Abstract: Exploratory qualitative study aiming the analysis of violence against amazon women, presented in the printed media, according to the type and severity, and citation of the aggressor under the framework of the Law Maria da Penha. Have been consulted 365 copies of a regional newspaper, published during the period from January to December 2007 inclusive. In the *analysis of content* were selected 309 observations concerning violency against women and were included as “corpus” of analysis 95 amongst them. The results were assembled in three (3) thematic groups: women murdered with cruelty; sexual violency against women has no age; and violence against women and the limit of the

Law Maria da Penha. Violence against these women presented a variation in form and severity, occurring even murder. Women are subject to sexual violence since their childhood until their adult age. The legal framework of the aggressor shows to the community means to face this social phenomenon.

Key words: Violence; Women; Communications Media; Newspapers Article.

Resumen: Estudio exploratorio de naturaleza cualitativa con el objetivo de evaluar la violencia contra mujeres amazónicas, presentada en los medios de comunicación impresos, según el tipo de gravedad, y de que forma es citado y encuadrado en la Ley Maria da Penha. Fueron consultados 365 ejemplares de un periódico regional publicados de enero a diciembre de 2007. A partir del análisis de contenido fueron seleccionadas 309 notas de prensa relacionadas a la violencia contra mujeres y escogidas 95 de ellas como material de análisis. Los resultados fueron reunidos en tres grupo temáticos: mujeres asesinadas con crueldad; violencia sexual contra mujeres no tienen edad; y violencia contra mujeres y el limite de la ley Maria da Penha. La violencia contra estas mujeres presentó una variación en cuanto a la forma y a la gravedad, ocurriendo inclusive homicídios. Las mujeres son sometidas a violencia sexual desde la infancia hasta la vida adulta. El encuadramiento legal del agresor le demuestra a la comunidad un medio de cómo enfrentar este fenómeno social.

Palabras Claves: Violencia; Mujeres; Medios de Comunicación; Artículo de Periódico.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher suscita rejeição na maior parte das pessoas. Isso decorre, em grande parte, do trabalho realizado pelas organizações de mulheres que, desde o final dos anos 70, denunciam esse tipo de violência como uma grave violação dos direitos humanos. Atualmente, a mídia tem veiculado o assunto, principalmente nas páginas policiais, embora o revele também como uma questão de saúde, de direitos e de políticas públicas.

A violência contra as mulheres, apresentada na mídia, ressalta a

desigualdade social e de gênero, faz denúncias sobre crimes, desvela “personagens” da sociedade, além de ressaltar a magnitude do problema, ao traduzir as ocorrências policiais e as controvérsias sociais que incidem nas comunidades. Portanto, a violência de gênero é um problema que, por sua magnitude, deve ser considerado como uma epidemia, um problema de saúde e segurança coletiva. Portanto, um tema de interesse público.

A violência é de interesse público porque tem aumentado a frequência com que ocorre e, de modo geral, afeta a vida das pessoas, principalmente daquelas que vivem nos centros urbanos. São diferentes os tipos de violência contra a mulher no contexto doméstico e social: a física, a psicológica e a sexual, sendo que todas elas vêm crescendo no mundo inteiro.

Investimentos foram realizados pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em projeto para analisar a importância da violência e sua veiculação pela mídia no contexto internacional, assim como a influência das experiências de agressividade na vida real e os diversos meios de comunicação disponíveis às crianças.¹

De acordo com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, realizada em Belém em 1994, este tipo de violência é qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

A violência abrange tanto o âmbito individual quanto o coletivo: a “física”, que engloba homicídios, agressões, violações, roubos à mão armada; a “econômica”, que consiste na apropriação indevida de propriedade e de seus bens; e, ainda, a “moral e simbólica”, que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando o direito dos outros.²

A violência doméstica representa toda ação, ou omissão, que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.³

A maior parte dos casos de violência acontece em casa, afetando mulheres, crianças e idosos. No entanto, a violência doméstica pode acarretar danos diretos ou indiretos a todas as pessoas da família, nas várias etapas de suas vidas.⁴⁻⁶

O Brasil tem na sua história as marcas da violência, e muitas

mulheres tiveram suas vidas associadas a este fenômeno. Depois de muitas denúncias, houve a conquista da Lei Maria da Penha, que se constitui como um dos instrumentos de proteção social à mulher e que visa reduzir a ocorrência do fenômeno e punir os agressores. Esta lei, de número 11.340, entrou em vigor a partir de 22 de outubro de 2006. O Artigo 44 determina pena de detenção de três meses a três anos para o agressor.⁷

Apesar da existência desta lei, no município de Belém, de janeiro de 2004 a setembro de 2006, 23.746 mulheres em situação de vítimas de violência buscaram ajuda na Delegacia da Mulher.⁸ Segundo outra edição do jornal - a de 7 de março de 2009 - foram registradas, em 2007, 5.149 ocorrências contra a mulher e 6.354, em 2008 – o que representou um aumento de 23,4% no número de denúncias.⁹

Os casos de violência contra a mulher no período entre 1910 até a década de 1980 eram tratados com descaso pela mídia, apoiando o réu. Os crimes passionais ou emotivos eram considerados deslizes transitórios, um episódio triste na vida do sujeito que não necessitava ser punido, reforçando o pensamento de que as mulheres eram as causadoras da própria violência sofrida.¹⁰

A partir da década de 1980, o tema começa a conquistar espaço crescente na mídia. A violência é apresentada como relacionada à disputa pelo poder e como fenômeno que emerge com a possibilidade de negociação, de redefinição do entendimento da realidade e da construção de novos conceitos.¹¹

Os meios de comunicação de massa colaboram com a construção desse conceito, pois se constituem em veículos para a divulgação de assuntos de interesse da sociedade. São fundamentais como formadores de opinião, já que fazem orientações culturais, apresentam diferentes visões sobre as crenças no mundo, disseminam valores e imagens.

A violência contra as mulheres amazônicas e o seu desfecho são apresentados pela mídia escrita? A partir destes questionamentos, foram definidos os objetivos do estudo: analisar a violência contra as mulheres amazônicas apresentada na mídia paraense³, identificando-se o tipo de violência e sua gravidade; e o enquadramento do agressor na Lei Maria da Penha.⁷

³ Paraense ¹²

METODOLOGIA

O estudo é do tipo exploratório, de natureza qualitativa. Foram consultadas 365 edições do jornal O Liberal, publicadas de janeiro a dezembro de 2007, e selecionadas 309 notas, nos cadernos de atualidades e policial, sobre a violência contra as mulheres amazônicas ocorrida neste período. Destas, 95 foram aproveitadas como *corpus* de análise, pois atendiam ao critério de inclusão: narrar violência contra mulheres amazônicas, ou seja, as residentes nos estados do Acre, Rondônia, Amapá, Roraima, Amazonas e Pará, independente do local de nascimento e faixa etária. Foram excluídas 214 notas, por abordarem a violência fora da Região Amazônica do Brasil e em outros países, a violência à saúde, assaltos e acidentes por causas externas.

A exploração das notas de jornal foi realizada com a técnica de análise de conteúdo, sendo que esta representa “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.^{13:42}

A análise de conteúdo foi aplicada observando a pré-análise feita por intermédio da leitura dos exemplares diários do jornal, a fim de identificar as notas sobre a violência contra as mulheres amazônicas para, então, proceder à organização e à leitura dessas notas. Em seguida, foi aplicada a regra da exaustividade, que consistiu na leitura das notas publicadas nesse jornal, buscando compreendê-las como um todo, não priorizando ou descartando qualquer dado. Também foi explorada a homogeneidade, para identificar a pertinência e a aderência das notas do jornal no que se refere à ocorrência da violência contra as mulheres, conforme pré-estabelecido nos objetivos do estudo.

Desta maneira, foi possível observar as repetições das palavras e frases que surgiram e, então, agrupá-las em categorias temáticas emergentes dos relatos apresentados nas notas publicadas no jornal. A partir deste momento, os fatos narrados pela mídia escrita foram reunidos em três grupos temáticos: a) Mulheres assassinadas com crueldade; b) Violência sexual contra mulheres não tem idade; e c) Violência contra mulheres e o limite da Lei Maria da Penha, que serão apresentados nos resultados deste estudo.

RESULTADOS

Das 95 notas analisadas, 22 (23,1%) foram inseridas na categoria **Mulheres assassinadas com crueldade**, sendo que os conteúdos apresentavam diversas formas de violência, seja com o uso da arma de fogo, faca, ou espancamento corporal.

[...] M.N.P. 33 anos foi assassinada com três tiros na madrugada [...]. No corpo de M.N.P. havia três perfurações à bala, na cabeça, no tórax e no abdômen, conforme descreveu o delegado. Ananindeua/PA. (nota publicada em 4 de janeiro de 2007, p. 03, Caderno Policial)

[...] A dona de casa C.L.G.G., de 39 anos. Ela foi liquidada com um tiro, possivelmente de pistola, que atravessou seu tórax [...] (nota publicada em 15 de janeiro de 2007, p.04, Caderno Policial)

[...] Baleada, ela ainda teve forças para andar alguns metros, onde seu esposo estava bebendo com alguns amigos, se abraçou com ele e disse “R., me mataram”, e em seguida desfalceu [...]. Apéú-Castanhal/PA. (nota publicada em 15 de janeiro de 2007, p.04, Caderno Policial)

Uma mulher grávida de quase quatro meses apareceu morta, seminua, com marcas de espancamento no nariz e suspeita de estar com pescoço quebrado às margens da Baía do Guajará [...]. Belém/PA (nota publicada em 19 de janeiro de 2007, p.04, Caderno Policial)

Uma mulher foi assassinada com um golpe profundo no pescoço e quase tem a cabeça decepada do corpo [...] Ananindeua/PA. (nota publicada em 7 de fevereiro de 2007, p.03, Caderno Policial).

[...] A mulher teve as pernas separadas do corpo e tinha um pedaço de madeira dentro da genitália. Dom Eliseu/PA (Matéria publicada em 4 de maio de 2007, p.11, Caderno Atualidade).

[...] A agricultora A.S.E, 26 anos, que estava grávida de quatro meses. Na última terça-feira, 15, depois de descobrir que A. S. estava tendo um caso amoroso com um integrante do grupo, o quarto acusado, identificado apenas como “Chico”, pegou a espingarda e efetuou um disparo contra a vítima, que teve morte instantânea. Em seguida, os quatro pegaram uma faca, que era usada na cozinha do barraco onde os homens estavam abrigados, abriram o abdômen de A. e retiraram o feto e as vísceras da vítima. Depois, os acusados amarraram o corpo da agricultora e jogaram-no no Rio Capim, fazendo o mesmo com o feto e as vísceras logo em seguida [...]. Ipixuna/PA (nota publicada em 2 de maio de 2007, p.06, Caderno Policial).

[...] E.P.S., 36 anos, assassinada na noite de terça-feira com sete facadas enquanto dormia em uma rede [...]. Altamira/PA (nota

publicada em 30 de março de 2007, p.02, Caderno Policial).

Uma amizade que começa com uma dose de cerveja e termina com um seio retalhado, um fígado extraído e um coração arrancado e exposto em cima de uma estante. O assassino volta para casa e vai assistir à televisão como se nada tivesse acontecido. [...] Quando saiu de casa, a vítima F. P. dos S., 43 anos, mãe de cinco filhos, nunca imaginou que seria assassinada naquela noite [...]. Ele saiu do local e se dirigiu à casa da “amiga”, onde arrancou uma tábua da parede e entrou no escuro, escondido, se esgueirando para esperá-la. F. retornou para casa por volta das 2 horas da madrugada. Quando encontrou V. eles discutiram novamente, e o bate-boca só cessou quando ele lhe desferiu o primeiro golpe no pescoço. Ela ainda tentou se arrastar para o quarto, quando levou mais dois golpes, com a faca. Depois que se assegurou de que F. estava morta, V. abriu-lhe o ventre e o tórax, retirou o fígado e o coração, e ainda cortou fora um dos seios. Marabá/Pará. (nota publicada em 25 de setembro de 2007, p.05, Caderno Policial).

Um adolescente de 17 anos foi detido e confessou ter matado a pauladas R. L. de A., de 37 anos, em Marabá [...]. O adolescente então pegou o pedaço de madeira e desferiu três pancadas na cabeça da mulher. Ao perceber que havia morrido, arrastou o corpo pelas penas e o jogou dentro de uma fossa, no quintal da casa [...]. Marabá/Pará. (nota publicada em 7 de novembro de 2007, p.04, Caderno Policial).

O corpo da doméstica R. M. F., 39 anos, foi encontrado na manhã de ontem [...]. A ferramenta usada para matar R.M.F. foi uma biela de motor diesel. Com uma única pancada, desferida com violência, o assassino acertou o lado direito da cabeça da vítima, deformando-lhe o rosto [...] Itaituba/Pará. (nota publicada em 9 de novembro de 2007, p.04, Caderno Policial).

A anciã M. de L. S., 79 anos, desapareceu na tarde de sexta-feira [...]. Depois de várias buscas, por volta de 11 horas da manhã de sábado, o acusado foi levado até o matagal, onde apontou onde estava o corpo da anciã, encontrado coberto por uma camada de palha, de calcinha, com vários hematomas, um dos braços quebrados e um pedaço de pau dentro do ânus. Seu vestido a alguns metros do local do crime [...]. De acordo com depoimento de um dos filhos da vítima, eles tinham muita amizade com o acusado. “Nós o conhecemos desde criança e nunca imaginei que ele seria capaz de praticar sexo com a minha mãe e depois matá-la”. Itaituba/Pará. (nota publicada em 19 de novembro de 2007, p.02, Caderno Policial).

W., diz a polícia, foi morta com um tiro próximo à nuca, quando

praticava sexo com o assassino. O corpo foi encontrado despido, em posição fetal, com a cabeça em uma poça de sangue [...]. Paragominas/Pará. (nota publicada em 28 de novembro de 2007, p.06, Caderno Policial).

Foram encontradas 28 (29,4%) notas de jornal que revelaram que **Violência sexual contra a mulher não tem idade**, visto que se referiam às ocorrências em diferentes ocasiões da vida.

P.A.S.N., de 24 anos, é acusado de sequestrar e abusar sexualmente de uma mulher [...]. O acusado teria obrigado a jovem a entrar em um carro preto, levando-a para uma área deserta, onde haveria praticado atos libidinosos com ela [...]. Belém/PA (nota publicada em 02 de janeiro de 2007, p.03, Caderno Policial).

Menina de três anos sofreu abuso sexual no final da noite de sábado, antevéspera de Ano Novo, após a mãe deixá-la em casa sozinha [...]. O principal suspeito é o vigilante J.R.P. R, o “Rambo”, de 37 anos. [...] Assim que retornou à residência, 15 minutos depois de se ausentar, ela encontrou a porta da casa escancarada e avistou a filha sangrando nas partes íntimas e em estado pavoroso. A menina contou o ocorrido, relatando que também foi vítima de atos libidinosos diversos de conjunção carnal, acusando J.R. como autor da barbárie [...] Belém/PA (nota publicada em 2 de janeiro de 2007, p.03, Caderno Policial).

“Vítima de 13 anos diz que era submetida à violência do parente desde os 11 anos”. [...] C.O.P.S., de 55 anos, o suspeito de molestar a adolescente desde quando tinha 11 anos. [...] C.O. teria passado a atacá-la, praticando atos libidinosos com a sobrinha. Ao completar 12 anos, o acusado teria conseguido estuprá-la, segundo a denúncia. Foram expedidas várias intimações e caso C. não compareça à seccional, a delegada vai solicitar sua prisão preventiva. Ananindeua/PA (nota publicada em 16 de fevereiro de 2007, p.05, Caderno Policial).

[...]A.H.A.S., o “Boi”, 19 anos, está preso acusado de estuprar uma adolescente de 14 anos no final da tarde de sábado, em Icoaraci. [...] a vítima foi arrastada até um Box comercial [...]. O estuprador ameaçava cortar a garganta da vítima com uma faca. “Boi” violentou a jovem e depois a esmurrou violentamente no rosto. Depois da violência sexual ele fez ameaças à adolescente, dizendo que quebraria sua cabeça com um tijolo. “Boi” foi autuado em flagrante por atentado ao pudor e está preso na Seccional de Icoaraci. Belém/PA (nota publicada em 19 de fevereiro de 2007, p.05, Caderno Policial).

[...] Uma jovem foi espancada e estuprada por dois homens desconhecidos, quando se divertia em um bar nas margens do canal Água Cristal, no Benguí. [...]. Ananindeua/PA (nota publicada em 19 de fevereiro de 2007, p.05, Caderno Policial).

Uma adolescente de 17 anos foi brutalmente estuprada e espancada na madrugada de ontem em um terreno abandonado [...]. Ulianópolis/PA (nota publicada em 29 de março de 2007, p.01, Caderno Policial).

À exceção das quintas-feiras, quando os presos recebiam a visita de suas esposas, L., a jovem que durante um mês dividiu uma cela com mais de 20 homens na Delegacia de Abaetetuba, foi obrigada, todos os dias, a manter relações sexuais com os colegas de cela em troca de comida. Durante esse período, ela foi torturada, queimada, teve os cabelos cortados e foi impedida de caminhar livremente pela cela. Embora tenha suplicado aos agentes prisionais em nome de sua condição de menor de idade, a adolescente foi ignorada pelos policiais [...]. L., diz no depoimento, que “eles (os presos) me batem toda hora, queimaram meu pé com papel higiênico quando eu dormia, tocaram fogo” [...], os presos faziam “cigarros” de papel, que eram colocados entre os dedos do pé da adolescente e, então, acendiam enquanto ela dormia. A adolescente também denuncia ter sido estuprada: “Eles diziam “tu vai ficar com fome?” Ai, eu ia com eles. O melhor dia é quinta-feira, porque as mulheres deles vêm e, aí, eu fico livre”. Abaetetuba/Pará. (nota publicada em 23 de novembro de 2007, p.03, Caderno Policial).

A mãe de uma menina recém-nascida foi estuprada na madrugada de ontem no bairro da Cremação, diante da ameaça de morte do bebê por parte do criminoso [...]. “Eu estava dormindo no quarto com a criança, quando vi o homem, e ele me agarrou pelo pescoço e disse: “Não faça vexame, se não eu te mato e a tua filha”. Diante da ameaça, a mãe foi forçada a praticar sexo com o rapaz de 22 anos [...]. Belém/Pará. (nota publicada em 21 de outubro de 2007, p.10, Caderno Policial).

Foi encontrado em 45 (47,5%) notas de jornal, o registro de que a **Lei Maria da Penha foi aplicada quando da ocorrência da violência contra a mulher.**

Uma mulher grávida de trigêmeos acusa seu namorado de agressão. P.S.S., de 29 anos, acionou a polícia que seu namorado teria dado um soco em sua barriga e outro em seu braço, em via pública. [...] “Espero que fique preso, porque agora a lei é mais severa”, disse a

vítima. Belém/PA (nota publicada em 11 de janeiro de 2007, p.03, Caderno Policial).

[...] O marítimo J.M.Q., de 60 anos que vinha há algum tempo usando um fio elétrico para espancar sua companheira S.S.M., de 25 anos, está recolhido no Centro de Detenção Provisória do Coqueiro. Ele foi preso em flagrante com o “chicote” no bolso e enquadrado na Lei 11.340, de 2006, a chamada “Lei Maria da Penha”.[...] Ele chegou a espancá-la com o “chicote” várias vezes. A última surra aconteceu dia três passado, quando o marítimo aplicou várias chicotadas nela e ainda a espancou com chutes e socos [...] Ananindeua/PA. (nota publicada em 9 de fevereiro de 2007, p. 02, Caderno Policial).

[...] M.N.S.S., de 41 anos relatou à polícia que A.C.S. a atingiu com um pedaço de ripa [...] Detido, o pintor confirmou que agrediu a mulher. “Nós brigamos e eu acertei algumas ripadas nela”, disse. Marituba/PA. (nota publicada em 22 de fevereiro de 2007, p. 03, Caderno Policial).

Mulher sofre golpe de foice no rosto. [...] Ontem, ainda dentro do flagrante, ela compareceu à delegacia para a ocorrência. [...] A vítima sofreu um golpe da orelha à testa e foi atendida no hospital local. O acusado ficou preso e deverá ser enquadrado na Lei Maria da Penha [...]. Monte Alegre/Pará. (nota publicada em 1º de agosto de 2007, p.04, Caderno Policial).

“Orelha” corta e joga orelha da mulher na vala. Uma coincidência mordaz aconteceu em Tucumã, Sul do Pará. E.P.F., 24 anos, decepcionou com um facão a orelha esquerda de sua esposa, S. R.F, 22 anos [...]. Enfurecido pelo ciúme e não satisfeito com a primeira agressão à mulher. E.P. cortou todo o cabelo de S., que ficou careca. Para completar a humilhação, o agressor jogou a orelha de sua esposa em uma vala, para que não fosse reconstituída. Tucumã/Sul do Pará. (nota publicada em 12 de setembro de 2007, p.04, Caderno Policial).

Depois de conseguir colocar o próprio companheiro atrás das grades, a doméstica G. B. da S., grávida de quatro meses, prometeu aos policiais da Seccional da Cidade Nova que, se o seu bebê for do sexo feminino, será batizado como Maria da Penha Barros da Silva. O nome da criança é uma homenagem à Lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, sancionada pelo Presidente Lula no último dia 7 de agosto. Na manhã de ontem, G. B. da S. disse ter levado uma surra do pedreiro W. S.R.,23 anos, natural do Maranhão, com quem convivia há mais de um ano [...]. Belém/ Pará. (nota publicada em 16 de setembro de 2007, p.12, Caderno Atualidades).

[...] Após uma discussão de casal, no final da manhã de ontem,

A.A., que é conhecido na região como “Boca Preta”, se armou com uma foice e decepou a mão direita de sua companheira, a doméstica M.L.da S., maranhense, 29 anos. Após o ocorrido, a doméstica foi socorrida por populares e encaminhada para um hospital de Aurora do Pará. A.C. foi localizado e preso por policiais militares nas proximidades de sua residência, próximo ao local do crime [...]. Aurora do Pará/Pará. (nota publicada em 19 de setembro de 2007, p.05, Caderno Policial).

[...] Falando com muita dificuldade por estar com a parte interna da boca machucada em decorrência dos socos aplicados pelo companheiro, C. disse que foi agredida por ter se negado a manter relações sexuais com M.[...]. Belém/Pará. (nota publicada em 20 de outubro de 2007, p.05, Caderno Policial).

Apesar dos 16 anos de idade, a adolescente A. traz no corpo e na alma as marcas de um relacionamento tumultuado com o marido, o desempregado J., de 22 anos. [...]. E o primeiro passo foi acabar com o silêncio e formalizar a denúncia contra o marido na Delegacia da Mulher. Após dar entrada num inquérito contra o marido, a jovem solicitou medidas de proteção do Estado até que o caso vá a julgamento. “Estou péssima. Desta vez, não vai mais ter volta, eu não quero mais ele perto de mim”, afirmou A.. Com o corpo esmirrado, a fala tímida e o olhar perdido, a garota já nem lembra quando foi a primeira vez que apanhou do marido. Só sabe que foi por motivos fúteis. “Ele sempre me bateu por qualquer besteira. Eu não fazia nada e, se ele se irritasse, eu já apanhava”, contou entre lágrimas. Nem mesmo quando estava de resguardo do filho, ficou livre de levar surras. “Ele chegou em casa com raiva e saiu me batendo, fiquei com o olho roxo. Ele também bateu no meu filho quando tinha dias de nascido”, lembrou. [...] Sem perspectiva de futuro, a jovem não faz mais planos, apenas reza, segundo ela, para não fraquejar diante da sua nova investida. “Eu só quero poder viver em paz com meu filho”, afirmou. Belém/Pará. (nota publicada em 25 de novembro de 2007, p.05, Caderno Policial).

DISCUSSÃO

A violência contra a mulher é reconhecida como um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos no mundo inteiro. Esta, por sua vez, representa risco para a saúde da mulher, haja vista as consequências que carrega para o seu desenvolvimento e, também, para a sua efetiva participação social.

As notas de jornal revelam que as mulheres amazônicas são

vítimas de violência com crueldade nas mais diversas situações. A mídia descreve o evento de maneira explícita, de modo compreensível para toda a população, e isso pode se constituir em formação de opinião da sociedade, contribuindo para sua educação. Isto, de certo modo, reflete que a leitura do mundo é mais importante do que a leitura da palavra. É preciso que os fatos sociais sejam transformados em informações com linguagem acessível à população e cheguem aos mais diferentes recantos.¹⁴ Os conteúdos das notas apontam que a mulher, em muitas situações, não teve chance de defesa, ficando nas mãos de seus agressores, que buscaram as partes do corpo mais vitais para mulher, ou seja, cabeça, tórax e abdômen. O rosto é o lugar preferido dos homens para dar socos e provocar lesões que afetam, especialmente, os olhos e os dentes.¹⁵

O resultado pode ser fatal, e as causas mais comuns de morte foram traumatismos cranianos, lesões abdominais e estrangulamentos não-intencionais.¹⁶

A violência física é definida como “agravo causado por meio de força física ou de algum tipo de arma ou instrumento que resulte em lesões corporais”.^{17,4} É praticada com bofetadas, empurrões, puxões de cabelo, socos, chutes e agressões com instrumentos que possam deixar marcas explícitas, provocar hemorragias, perda de movimentos e, até mesmo, a morte.¹⁸

Estas agressões são referidas nas notas de jornal como violências que, dependendo da intensidade, acabam por resultar em homicídio. É fundamental, portanto, difundir os problemas e os direitos sociais, já que a mídia escrita se constitui em veículo para a formação de opinião. Das 95 notas 36 (37.5 %) apresentaram fotos do agressor e, deste modo, a mídia também contribui para evitar novas agressões.

A violência física é classificada em moderada e severa.¹⁹ Em 2007, o número de casos de agressão física registrados na Delegacia da Mulher em Belém foi 1.335 ocorrências. No ano seguinte, esse número saltou para 1.762 registros, aumentando 31,98% em relação a 2007. Nas notas do jornal, foi observado que as vítimas foram submetidas a violências severas e com uso de vários meios, que retratam a realidade estudada e a agressividade a que as mulheres estão expostas. Esta é uma realidade que se agrava em todo mundo, demonstrando a complexidade do fenômeno e que os agressores são vítimas também.²⁰

A violência sexual contra as mulheres ocorreu em diferentes idades. Nas notas é descrito esse tipo de violência perpetrado pelo agressor em mulheres adultas, adolescentes e em crianças.

A violência sexual contra a mulher é a forma de violência mais

comum praticada por parceiro íntimo. A mesma é entendida como ação ou conduta em que ocorre o controle e a subordinação da sexualidade da mulher e, também, como forma do homem demonstrar o seu poder e a sua força física. Esta é também desencadeadora de várias situações sociais de conflito a que as mulheres estão submetidas, quando exercida por membros da família, namorado ou conhecidos. As mulheres, em geral, estão emocionalmente envolvidas com quem as vitimiza e, em grande parte, dependem economicamente do algoz. Esta violência ocorre em todos os países do mundo, independentemente de grupo social, econômico, religioso ou cultural.^{12,21}

Este tipo de violência ocorre em diversas situações, tais como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. Assim, a violência sexual, da qual as mulheres são as maiores vítimas, inclui, entre outros: o estupro, atos obscenos, carícias não consentidas, sexo forçado na relação conjugal e o impedimento pelo parceiro do uso de métodos contraceptivos, ferindo os direitos reprodutivos da mulher.²² Várias são as consequências dessa violência sofrida pela mulher: gravidez indesejada, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), além do risco para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e adoção de quimioprofilaxia.^{19,23}

Considerados crimes hediondos, consumados ou não, o estupro e o atentado violento ao pudor caracterizam-se por um contato sexual não consentido.¹⁸

É necessário ainda destacar que o profissional de saúde necessita estar informado sobre os fenômenos emergentes na sociedade, o modo como incidem e as sequelas associadas que, em geral, resultam em atendimento nos serviços de saúde. A violência contra as crianças gera sofrimentos mentais que poderão acompanhar a mulher por todos os anos em que a mesma viver e se constitui em crime hediondo na sociedade.

A violência também foi exercida contra a mulher durante o período gestacional e causou consequências graves, como hemorragias e interrupção da gravidez. Na literatura consultada, há citação de que a violência física contra mulheres grávidas aumenta o risco de prematuridade, sofrimento fetal ou morte e de nascimento com baixo peso.²⁴⁻²⁶

E por atingir a mulher em momento de grande fragilidade física e emocional, a violência na gestação exige atenção especial dos serviços de saúde.²⁵

As notas de jornal citam a aplicação da Lei Maria da Penha nos

casos apresentados. A existência da Lei e sua aplicação se constituem em instrumento para redução da violência contra as mulheres. Esta lei constitui também em instrumento jurídico para que a sociedade compreenda que violência contra as mulheres se constitui em delito, pois fere os direitos humanos. A violência contra mulheres, patologia social que envolve homens e mulheres no Brasil, é objeto de várias diretrizes políticas para a sua redução, e a Lei Maria da Penha retrata que os direitos devem ser protegidos, inclusive pela força legal.

A violência contra a mulher sofre influência de fatores sociais e culturais, associados a diferentes causas: escolaridade, desemprego, salários baixos, falta de moradia, condições inadequadas de saúde, além de hábitos de vida como abuso de drogas ilícitas e álcool.²⁷⁻³¹

Os principais elementos da atitude violenta do agressor estão relacionados com a ingestão de álcool e/ou drogas, que também pode responder às múltiplas causas psicológicas e sociais.³² Os determinantes culturais têm papel fundamental na construção dos papéis masculinos e femininos. Eles legitimam o poder masculino sobre as mulheres, tornando-os violentos, quando por algum motivo perdem o controle das situações familiares.¹⁵

As consequências dos agravos na vida da mulher são marcadas pela queda da estima pessoal, pelo medo, pelo isolamento social e até pela incorporação do sentimento de culpa. Surge com maior frequência o sentimento de temor que paralisa e impede a mulher de buscar ajuda, bem como a atitude de diminuição do abuso na qual a mulher tende a minimizar a situação de violência em função de fatores como medo, falta de informação e de consciência sobre o que constitui realmente violência, e ainda pelo desejo de crer que o parceiro não seja tão mau.^{23,33}

As principais consequências emocionais são ansiedade, fobias, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso e abuso de substâncias psicoativas incluindo álcool e tentativa de suicídio.³

Os elementos condicionantes da violência manifestam-se por meio de opressões perpetradas pelas desigualdades de ordem econômica, machismo, instituições discriminatórias à mulher e efeitos da educação que privilegia o gênero masculino em detrimento ao feminino.³⁴

CONCLUSÃO

O tema violência é pauta de discussão em vários países do mundo. A principal causa dessas discussões é o aumento de casos e da gravidade. Portanto, a violência é um problema complexo de violação dos direitos humanos, que merece ser abordado como de saúde coletiva.

A violência contra a mulher deixa sequelas não apenas físicas, mas também psicológicas e sociais. Portanto, o atendimento a essas mulheres requer uma equipe interdisciplinar que possa contemplar todos os aspectos da sua vida.

Os profissionais de saúde necessitam estar informados sobre os fenômenos emergentes na sociedade e o modo como incidem, já que se trata de problema de saúde pública e, muitas vezes, resulta em atendimento nos serviços de saúde.

A violência na realidade amazônica, registrada no jornal paroara, apresentou tipo e gravidade variada. Em pleno século XXI, a mulher é submetida a socos e pontapés, a surras com fio elétrico e com ripa de madeira, ao escalpe, e também, à violência sexual.

O desfecho da violência também está associado ao homicídio e este é realizado com armas de fogo, arma branca e outros meios. Os meios e a forma dos homicídios contra as mulheres denotam crimes bárbaros como o esquartejamento, cortes profundos na região do pescoço, abertura de abdômen com exposição de vísceras e retirada de feto, além da introdução de madeira em órgãos genitais.

A violência sexual ocorre contra mulheres de diferentes faixas etárias e culmina, inclusive, em homicídio. Foi observado que a violência sexual está associada à violência física e, também, a outras ameaças.

As notas do jornal paroara revelam que há enquadramento do agressor na Lei Maria da Penha e que este recurso foi buscado pela própria mulher, quando a mesma sobreviveu à violência.

Os resultados desse estudo revelam que a violência é uma realidade social retratada pela mídia paroara com linguagem acessível à população em geral, particularmente às pessoas que sabem ler e têm acesso ao jornal.

A mídia, ao destacar os temas de relevância social, além de influenciar comportamentos da sociedade, colabora diretamente para a construção de políticas públicas. Portanto, muito mais que fomentadora do comportamento violento de um cidadão, a mídia deve ser entendida como instrumento de controle social que contribui (ou não) para que o Estado assuma seu papel à frente dessas questões. No caso brasileiro, é

fundamental divulgar a Lei Maria da Penha, que assegura direitos à mulher, como proteção do Estado, e sanções ao agressor.

REFERÊNCIAS

1. Moraes CR, Rosa SRA. Violência: uma questão para se refletir. *Lato & Sensu*. 2003 out;4(1):3-5.
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência IV: os jovens do Brasil. Brasília: Unesco, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
3. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [online]. 2003 Apr. [acesso em 2009 maio 01];25(suppl.1):9-21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>>.
4. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007 [acesso em 2008 Ago 23];41(3):472-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>>.
5. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* [online]. 2000 jan-mar. [acesso em 2008 Ago 23];16(1):129-37. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1571.pdf>>.
6. Gomes NP, Diniz NMF, Araujo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta paul enferm* [online]. 2007 [acesso em 2008 Ago 23];20(4):504-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/19.pdf>>.
7. Brasil. Presidência da República. Lei nº 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 08 Ago 2006. nº 000001, Seção 1.

8. Quadros M. Mais de 8,8 mil de mulheres são vítimas da violência. In: O Liberal. Caderno Cidades, Belém (PA), 25 de novembro de 2007, f. 1, p. 8-9.
9. O Liberal. Caderno Policia, Belém (PA), 07 de março de 2009, f. 6, p. 6.
10. Fonseca NA. O espetáculo da violência e a violência do espetáculo. In: Union Network International [Página na Internet]. 2008 Nov 25 [acesso em: 2009 maio 27]. Disponível em: <<http://www.union-network.org/uniamericas.nsf/dc8035ff96e24d7ac1256b8f00337aa9/bb8aed35eaaeb3cc125750c005d969d?OpenDocument>>.
11. Guerra VML. Um estudo da cultura midiática: violência, representação e poder. In: Anais do Encontro Regional da ABRALIC 2007 - Literaturas, Artes, Saberes, 2007 Jul 23-25; São Paulo (SP): USP; 2007.
12. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. rev. e aumentada. Florianópolis: Positivo; 2004.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 1977.
14. Freire P. Pedagogia dos sonhos possíveis. São Paulo: Ed. da UNESP; 2001.
15. Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. Ciênc saúde coletiva [online]. 2009 [acesso em 2009 jun 23];14(2):595-604. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a28v14n2.pdf>>.
16. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women (Review). J Epidemiol Community Health. 2005 Oct.;59(10):818-21.
17. Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. Semina Ci Biol Saude. 2006 jan/jun;27(1):3-11.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. Promoção da saúde no combate à violência. Revista Promoção da Saúde. 2002 out.; 3(6):71-3.
19. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Jr I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública [online]. 2002 [acesso em 2008 Ago 23];36(4):470-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>>.
20. Violência ainda é o calor das mulheres. O Liberal. Caderno Polícia Belém (PA), 2009 abr 27; f. 4, p.4-5.

21. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev Latino-am Enfermagem* [online]. 2006 dez [Acesso 2008 Set 05];14(6):950-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf>.
22. Rotania AA, Dias IMV, Sousa KV, Wolff LR, Reis LB, Tyrrel MAR. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta para dentro. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [online]. 2003 abr. [acesso em 2008 Ago 22];7(1):114-25. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/REVISTA_ENF/2003_vol07/2003_vol07_n01ABRIL.pdf>
23. Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS, Macedo VG. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2007 Jan./Fev. [acesso em 2008 Ago 22];15(1):7-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a02.pdf>.
24. Asling-Monemi K, Rodolfo P, Ellsberg MC, Persson LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81(1):10-6.
25. Audi CAF, Segall-Correa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública* [online]. 2008 [Acesso 2008 Set. 16]; 42(5):877-85. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/6642.pdf>>.
26. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol* [online]. 2004 Jul 16 [acesso em 2009 maio 01]; 18(4):260-9. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118774800/PDFSTART>>.
27. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):595-603.
28. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):604-10.
29. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):299-311.

30. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup 2):S263-72).
31. Nunes CB, Sarti CA, OHARA CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2008 jan.-fev. [acesso em 2008 Ago 23];16(1):136-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_20.pdf>.
32. Bonifaz RGV, Nakano AMS. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2004 março-abril [acesso em 2008 Ago 23];12(Spe):433-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea20.pdf>>.
33. Monteiro CFS, Souza IEO. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. *Texto Contexto – Enferm* [online]. 2007 Jan-Mar [acesso em 2009 maio 01]; 16(1): 26-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a03v16n1.pdf>>.
34. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* [online]. 2008 [acesso em 2009 maio 01];42(6):1053-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7122.pdf>>.

**APÊNDICE C – Abstract submission to be considered for the 18th
ICOWHI Congress (Pennsylvania - USA)**

**VIOLENT DEATHS IN WOMEN LIVING IN BELÉM: AMAZON
REGION**

Vera Lucia de Azevedo Lima
Maria de Lourdes de Souza
Marisa Monticelli
Odaléa Maria Bruggemann
Vera Radunz

SUMMARY:

Exploratory quantitative study grounded on the descriptive epidemiology. Are included all the deaths of women was born in Pará and residents in Belém, occurred during the period from 2003 to 2007 inclusive, being analysed the outcome of physical violence in all the lethal causes. The data was obtained from the Mortality Information System (SIM) and also the database available with the Secretary of Health of the State of Pará. The database was organized in groups of causes, coded in accordance with the International Classification of Deceases, Tenth Revision. In the overall, out of the 15.523 deaths the aggressions (X85-Y09) occupied the twenty-ninth position in all the lethal causes, and after the application of the indicator Potential Years of Life Lost (APVP) began to occupy the thirteenth's position. The violent deaths after the application of the indicator APVD represent a greater magnitude in the overall lethal causes and provoke a social and economical impact with the withdraw of young women in their productive age.

KEYWORDS: Violent deaths; Violence; Aggressions; Woman; Potential Years of Lost Lifes.

APÊNDICE D – Revista Latino-Americana de Enfermagem: Declaração de responsabilidade

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Primeiro autor: Vera Lúcia de Azevedo Lima

Título do manuscrito: VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES AMAZÔNICAS
VIOLENCE AGAINST AMAZONIAN WOMEN
VIOLENCIA CONTRA MUJERES AMAZÓNICAS

1. Declaração de Responsabilidade

- Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo.
- Certifico que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.
- Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.
- No caso de artigos com mais de seis autores a declaração deve especificar o(s) tipo(s) de participação de cada autor, conforme abaixo especificado:
- Certifico que (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

Assinatura do(s) autor(es) Data:

Vera Lúcia de Azevedo Lima
Vera Lúcia de Azevedo Lima^{1,2,3} - Belém(PA), 21 de março de 2009.

Maria de Lourdes de Souza
Maria de Lourdes de Souza^{1,2,3} - Belém (PA), 21 de março de 2009.

Marisa Monticelli
Marisa Monticelli^{2,3} - Florianópolis (SC), 31 de março de 2009.

Maria de Fátima Vieira de Oliveira
Maria de Fátima Vieira de Oliveira^{1,2} - Belém(PA), 21 de março de 2009.

Carlos Benedito Marinho de Souza
Carlos Benedito Marinho de Souza^{1,2} - Belém(PA), 21 de março de 2009.

Carlos Alberto Leal da Costa
Carlos Alberto Leal da Costa^{1,3} - Florianópolis (SC), 31 de março de 2009.

Odaléa Maria Brüggemann
Odaléa Maria Brüggemann^{2,3} - Florianópolis (SC), 31 de março de 2009.

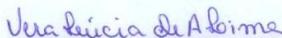
APÊNDICE E – Revista Latino-Americana de Enfermagem: transferência de direitos autorais

Primeiro autor: Vera Lúcia de Azevedo Lima

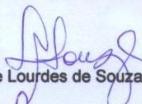
Título do manuscrito: **VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES AMAZÔNICAS**
VIOLENCE AGAINST AMAZONIAN WOMEN
VIOLENCIA CONTRA MUJERES AMAZÓNICAS

2. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

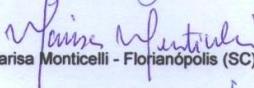
_ Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Latino-Americana de Enfermagem, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Latino-Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



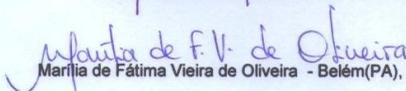
Vera Lúcia de Azevedo Lima - Belém(PA), 21 de março de 2009.



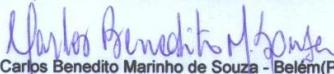
Maria de Lourdes de Souza - Belém(PA), 21 de março de 2009.



Marisa Monticelli - Florianópolis (SC), 31 de março de 2009.



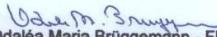
Marília de Fátima Vieira de Oliveira - Belém(PA), 21 de março de 2009.



Carlos Benedito Marinho de Souza - Belém(PA), 21 de março de 2009.



Carlos Alberto Leal da Costa - Florianópolis (SC), 31 de março de 2009.



Odaléia Maria Brüggemann - Florianópolis (SC), 31 de março de 2009.

APÊNDICE F – Revista Latino-Americana de Enfermagem: Declaração de Pesquisa em Seres Humanos

DECLARAÇÃO DE QUE PESQUISA EM SERES HUMANOS

Primeiro autor: Vera Lúcia de Azevedo Lima

**Título do manuscrito: VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES AMAZÔNICAS
VIOLENCE AGAINST AMAZONIAN WOMEN
VIOLENCIA CONTRA MUJERES AMAZÓNICAS**

Declaro que os dados de que trata o artigo *Violência contra mulheres amazônicas*, foram obtidos em fonte secundária - Jornal, portanto não foi realizado pesquisa com seres humanos.

Belém(PA), 03 de abril de 2009.


Vera Lúcia de Azevedo Lima

APÊNDICE G - Revista Ciência & Saúde Coletiva: Carta de solicitação de publicação e Declaração de transferências de direitos autorais

À Coordenação Editorial
Ciência & Saúde Coletiva

Vimos por meio desta, solicitar a publicação do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título: *“Mortes violentas em mulheres “paroaras” residentes em Belém: estudo exploratório”*, de autoria de **Vera Lúcia de Azevedo Lima** e **Maria de Lourdes de Souza**.

Declaramos que os direitos autorais referentes ao artigo acima citado, se tornarão propriedade exclusiva da *Ciência & Saúde Coletiva*. Do mesmo modo, assumimos total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à *Ciência & Saúde Coletiva* e os créditos correspondentes.

Florianópolis, ____ de _____ de 2009.

Vera Lúcia de Azevedo Lima

Maria de Lourdes de Souza

APÊNDICE H - Revista Saúde Pública da USP: Declaração de Responsabilidade

À Coordenação Editorial
Revista de Saúde Pública da USP

Declaração de Responsabilidade

Vera Lúcia de Azevedo Lima e Maria de Lourdes de Souza, certificam que participaram da autoria do manuscrito intitulado: ***“Mulher “paroara” e violência: anos potenciais de vida perdidos em homicídios: estudo exploratório”*** nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo.”

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores.”

Florianópolis, ____ de _____ de 2009.

Vera Lúcia de Azevedo Lima

Maria de Lourdes de Souza

**APÊNDICE I - Revista da Escola de Enfermagem da USP:
Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E DE
CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Vimos submeter à aprovação da REEUSP o artigo “*Violência contra a mulher: Reflexão sobre implicações para o cuidado de enfermagem*”, e informamos que todos os procedimentos éticos devidos foram observados. Declaramos que o trabalho é inédito, está sendo enviado com exclusividade à Revista. Concordamos que em caso de aceitação do artigo, os direitos autorais a ele referente passarão a ser propriedade exclusiva da REEUSP.

Categoria do artigo *Reflexão

* Verifique nas normas os tipos de colaborações aceitos pela Revista.

Florianópolis, ____ de _____ de 2009.

Vera Lúcia de Azevedo Lima

Maria de Lourdes de Souza

ANEXOS

ANEXO A – Comunicações recebidas da RLAE sobre o artigo

Citando RLAE <rlae@eerp.usp.br>:

>>

>>> Prezado(a) Senhor(a) MARIA DE LOURDES DE SOUZA,

>>>

>>> Seu trabalho nº 957 foi analisado por consultores da nossa Revista
>>> necessitando ainda de algumas correções, as quais solicitamos que
>>> sejam

>>> estudadas por Vossa Senhoria, para melhor adequação do texto
>>> originalmente

>>> enviado. Acesse as correções solicitadas no site

>>> (<http://www.eerp.usp.br/rlae>), com seu Login :

>>> lourdesr@repensul.ufsc.br e sua

>>> Senha, e re-submeta-o no prazo de 20 dias.

>>>

>>> Atenciosamente,

>>>

>>> Secretaria RLAE.rmm Atenciosamente,m Secretaria - RLAE

>>>

>>

[← Responder](#) [→ Encaminhar](#)

ANEXO B – Notas do jornal para o Banco de Dados do Artigo I

Embragado, homem quebra porta de barraco e parte lábio da mulher

MARITUBA
De quebra, Josias Pinheiro brigou com policiais e deu cabeçada em vitrina

Completamente transtornado, Josias Pinheiro Roberto, 28 anos, foi preso ontem de manhã por uma guarnição da 14ª Zona de Policiamento, ligada à Secretaria de Marituba. Ele é acusado de espancar sua companheira, a dona-de-casa Maria da Conceição Ferreira, 39 anos, partindo seus lábios a socos. Ao ser detido, em casa, ele travou luta corporal com os policiais. Acusado de delinqüência, Josias quebrou um vidro do prédio e levou uma cabeçada. Josias foi autuado em flagrante pelo delegado Clóvis Oliveira. A mulher dele foi encaminhada para o Centro de Perícias Toxicológicas Renato Chaves para fazer de exame de corpo de delito.

Maria da Conceição disse que estava bêbada e não se lembra



Josias Pinheiro foi preso depois de agredir Maria da Conceição, a mulher com quem vive há quatro meses.

há apenas quatro meses, o bastante para não querer vê-lo mais e não se lembrar ao menos de porquê. Na mesma noite, Josias foi preso em sua casa. Segundo ele, ele é um homem comum, trabalhava como vendedor ambulante. Maria da Conceição, que tem um filho de 4 anos com outro homem, disse que, de um tempo para cá a sua vida com o acusado se transformou em um verdadeiro inferno, com agressões constantes. Disse que seu amante vive de fazer "barraco" e que ganha só o suficiente para dar "manta e cura". Arrebolado na noite, Josias saiu de casa para fumar, voltando às 3 horas, bêbado. Ele quebrou a porta de entrada do barraco. Diante das reclamações da esposa, Josias a agrediu com socos na cabeça e com pontapés, partindo-lhe o lábio superior com um soco. A agressão foi presenciada pelo filho da vítima. Segundo Maria, Josias não permitiu que ela fosse autuada com o marido. E todas as vezes que encontra Maria conversando com uma vizinha a avisa para não se meter de jeito nenhum.

FUNDAÇÃO CULTURAL DO PARÁ TANCREDO NEVES
BIBLIOTECA PÚBLICA ARTHUR VIANNA
LOCAL: BELÉM
DATA: 28/05/10
PÁGINA: 03
VEÍCULO: O LIBERAL
CADERNO: Política

FUNDAÇÃO CULTURAL DO PARÁ TANCREDO NEVES
BIBLIOTECA PÚBLICA ARTHUR VIANNA
LOCAL: BELÉM
DATA: 28/05/10
PÁGINA: 03
VEÍCULO: O LIBERAL
CADERNO: Política

Agrediu mulher grávida, foi denunciado e está em cana

Uma mulher grávida de três meses acusou seu marido de agressão. Na tarde de ontem, Patrícia da Silva e Silva, de 29 anos, acusou o marido depois que seu nomeado levou ela em socorro em sua barriga e entrou em sua banca, em via pública. O caso ocorreu na avenida Almirante Barroso, na personalidade da transeia Maurini, em frente a uma agência bancária. De acordo com Patrícia, eles estavam discutindo quando o nomeado, identificado apenas como "Wilson", começou a agredi-la

fisicamente, desferindo socos em sua barriga. Ela disse que está com aproximadamente quatro meses de gravidez. Wilson foi detido e encaminhado para a Divisão de Crimes Contra a Inocuidade da Mulher (DCIM), na transeia Viana, no bairro do Marco. Ele estava sem documentos e não quis falar seu nome completo com sua mãe. Disse que há uma grávia na presença de seu advogado. Apertadamente embriagado, Wilson quis negar as acusações. Disse que ele foi levado em um táxi em seu

caso, e ele recebeu com um tapa no rosto de Patrícia. "Eu não sei do que aconteceu na barriga dela", garantiu. Em seguida, afirmou que não seria preso porque conhece muitas pessoas "chamadas" na polícia, por isso não aconteceria.

Patrícia relatou que namora com o acusado há meses de dois meses. Ela já tem dois filhos e morava no município de Terra Alta. "Eu passei um tempo em Belém na casa da minha mãe, e quando cheguei eu comeci a namorar com ele. Eu já estava grávida, meus

filhos não são dele. Agora não quero mais nada com esse monstro, porque ele deu um soco na minha barriga. Fatos grávida de três meses e agora sinto dores. Preciso de atendimento médico", relatou. Ela disse que mora no bairro do Capoto, em Atafés, e Wilson mora no Tapera. Ela não sabe dizer o sobrenome dele, e acredita de acordo com Patrícia, eles estavam discutindo porque o nomeado é muito ciumento. "Eu conversei com uma rapaz



Wilson estaria bebado

"Eu conversei com uma rapaz e ele começou a me xingar e me bater no meio da rua. Foi humilhada por ele, por isso decidi denunciar", disse. Ela também afirmou que Wilson já teve passagens pela polícia e está em liberdade condicional. "Eu não vale nada. Agora vou fazer exames para comprovar que ele deu um soco em minha barriga", disse, enquanto aguardava atendimento para que o nomeado fosse autuado em flagrante. "Espero que ele seja preso, porque agora a lei é mais severa", disse.

FUNDAÇÃO CULTURAL DO PARÁ TANCREDO NEVES
BIBLIOTECA PÚBLICA ARTHUR VIANNA
VEICULO: O LIBERAL LOCAL: BELÉM DATA: 12/09/07
CADERNO: *Pátria* PÁGINA: 4

“Orelha” corta e joga orelha da mulher na vala

Uma coincidência mortaz aconteceu em Tucumã, Sul do Pará. Edison Pereira Ferraz, conhecido como “Orelha”, 24 anos, decepcionou com um facão a orelha esquerda de sua esposa, Sueli Rodrigues Fernandez, 22 anos, depois de encontrá-la na cama com um amante bem mais jovem. E seu melhor amigo. Enfurecido pelo ciúme e não satisfeito com a primeira agressão à mulher, Edison Pereira cortou todo o cabelo de Sueli, que ficou careca. Para completar a humilhação, o agressor jogou a orelha de sua esposa em

uma vala, para que ela não fosse reconstruída.

“Orelha” trabalha como braçal durante os fins de semana na área rural de Tucumã. Domingo, 9, o

acusado resolveu voltar mais cedo para casa, que fica localizada no bairro Vila da Paz, região periférica do município. Ao chegar no local, flagrou a companheira com outro homem. Estupefato com a traição, sobretudo por ter ocorrido com um amigo seu, cujo nome não foi revelado, “Orelha” dirigiu-se a um bar nos arredores de sua ca-

sa, onde consumiu uma garrafa de cachaça e conseguiu a arma do crime.

De posse do facão, “Orelha” voltou à casa. No caminho encontrou Sueli, que saíra para visitar sua mãe. Sem se incomodar com o grande número de pessoas que passavam pelo local, o acusado arrastou a esposa pelos cabelos para um lugar menos movimentado, onde cometeu o crime.

Em seguida, “Orelha” fugiu para a casa de amigos, onde ficou escondido até a tarde de ontem, quando a Polícia Militar o encontrou junto com

a arma usada na agressão. Ele foi encaminhado à Delegacia de Tucumã, onde, em depoimento ao delegado titular Marco Antônio Pitman, afirmou que não queria fazer mal à esposa: “Não queria matar a Sueli, apenas assustá-la, para ela aprender a me respeitar”, afirmou o acusado. “O Edson foi atuado em flagrante por lesão corporal gravíssima e pode pegar de 2 a 8 anos de prisão”, contou o delegado.

O acusado está preso no carceragem da delegacia de Tucumã à disposição da Justiça.

FUNDAÇÃO CULTURAL DO PARÁ TANCREDO NEVES
BIBLIOTECA PÚBLICA ARTHUR VIANNA
VEICULO: O LIBERAL LOCAL: BELÉM DATA: 11/10/07
CADERNO: *É D A D E* PÁGINA: 10

Mãe aceita estupro para salvar criança

AMEAÇA

Indício de um novo crime. Mãe avisou vizinhos, que surraram o bandido.

Mãe de uma menina recém-criada foi estuprada na madrugada de ontem, no bairro da Crianção, diante da ameaça de morte do bebê por parte do criminoso, que se encostava drogado. De acordo com relato da mãe, na Seccional Urbana da Crianção, onde foi feita a ocorrência policial, por volta das três horas da madrugada de ontem, ela estava em casa juntamente com a filha, porque o marido, sequestrado, havia saído.

“Quando eu acordei, vi o rapaz na minha frente”, disse ela, informando que depois do crime soube por mensagens que o inquilino havia ingressado na casa pelo Rêbado, na povoação de Combaturama.

“Eu estava durando no quarto com a criança, quando vi o homem, e ele me agarrou

pelo pescoço e disse ‘não faz nenhum se não vou te matar e a tua filha’”. Diante da ameaça, a mãe foi forçada a gratificar o criminoso com o saque de 22 anos, identificado depois pela Polícia como sendo Eder dos Passos Felix, morador da área. Populares informaram que Eder é usuário de drogas.

Após o estupro, Eder permaneceu dormindo na casa da mulher, que, então, conseguiu chegar até a frente da casa, carregando sua filha, e passou a gritar por socorro. Populares no local atenderam se chamando da vitima e capturaram o esturpador, passando a matrá-lo. O rapaz ainda tentou fugir, mas não conseguiu escapar, porque estava muito ferido, e acabou sendo preso por uma guarnição da Zps/Idarumã. Os policiais levaram Eder para receber atendimento médico no Hospital do Prédio Securo. O delegado José Maria Simões, da Seccional da Crianção, encarregado do caso, tenta de encaminhar o preso para a carceragem ainda ontem.



Vitima, junto com a criança, registrou o crime na Seccional da Crianção. No detalhe, o esturpador identificado por Eder Felix.

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UFSC



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Departamento de Projetos e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP SH**

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 209/2008

I- Identificação

Título do Projeto: Catarinas – Nascimento, Vida e Morte

Pesquisador Responsável: Maria de Lourdes de Souza

Pesquisador Principal: Jefferson David Pereira, Thiago Viçoso dos Santos e Vera Lúcia de Azevedo Lima

Propósito: Trabalhos de conclusão de curso; relatórios técnicos e artigos

Instituição onde se realizará: Centro de Ciências da Saúde – REPENSUL

Início da coleta de dados: -/08/2008 **Término previsto:** -/08/2010

II- Objetivos: Geral: Analisar o processo do nascer e morrer na realidade brasileira no período de 1998 e 2008.

Específicos: Avaliar as condições clínicas, epidemiológicas e sociais das mortes de mulheres em idade fértil, relacionadas à gestação, parto e puerpério; Estudar a gestação de adolescentes como fenômeno social; Verificar a existência de associações entre o processo de viver e morrer das mulheres e a mortalidade de seus filhos; Analisar a segurança, da mãe e filho, durante a gestação, parto e puerpério no contexto dos serviços de saúde, Determinar e analisar o significado dos anos potenciais de vida perdidos segundo a causa de óbito; Avaliar se o processo de adoecer e morrer são semelhantes entre homens e mulheres e determinar os possíveis componentes de risco social; Sistematizar a produção do conhecimento que fundamenta a compreensão da violência doméstica contra as mulheres, os processos de viver, adoecer e morrer como fenômeno social e o cuidado de enfermagem.

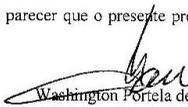
III- Sumário do Projeto: Trata-se de um estudo com dois tipos de delineamento: a- quantitativo, transversal, descritivo; b- qualitativo de inspiração fenomenológica. Os autores objetivam analisar o processo do nascer e morrer na realidade brasileira, particularmente focado na saúde da mulher. Ressaltam ainda, a necessidade de revisão de conceitos e de práticas sociais, envolvendo o tema da morte como componente do processo vital. A população do estudo será composta de: Mulheres e homens que morreram em SC de 1998 a 2008 (em particular associado à gestação, puerpério ou violência); nascidos vivos que morreram antes de completar 27 dias; mulheres submetidas a violência, jovens adolescentes, matriculados em escolas públicas de Santa Catarina. Serão utilizados indicadores clássicos da epidemiologia como Razão de Mortalidade, APVP, testes de associação. A coleta de dados será realizada em fontes secundárias (DATASUS, SIM e SINASC, livro de registros de partos e nascimentos do CO-HU-UFSC etc.) e primárias (informações obtidas através de debates com de participantes)

IV- Comentários: A proposta de uma análise ampla do processo do nascer e morrer na realidade brasileira, com o compromisso de ensino/aprendizagem e com o desenvolvimento científico na área da saúde e da educação é relevante. A possibilidade de sistematizar dados e no futuro organizá-los de tal forma que possa ser utilizado como material didático reforça a relevância. A metodologia está adequada e atende a todos os requisitos éticos. A pesquisadora responsável tem qualificação e experiência na área. A documentação exigida está presente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é está adequadamente redigido, e deverá ser aplicado para a coleta de dados obtidos através das fontes primárias e secundárias (prontuários médicos).

V- Parecer: Pelo exposto, somos de parecer que o presente projeto, assim como o TCLE, sejam aprovados por este Comitê.

Aprovado (X)

Data da Reunião 25/08/2008


Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP SH

ANEXO D – Revista Latino-Americana de Enfermagem: Instruções aos Autores

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso

Acesso em: 25 Junho 2009



INSTRUÇÕES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao editor e editoriais.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas. Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editores científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Submissão

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal

Editors - ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Política de arquivamento dos manuscritos

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Categorias de artigos

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Revisão integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na

revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do manuscrito

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

PERIÓDICOS

- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;
- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o manuscrito;
- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título
- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;
- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- formulário individual de declarações, preenchido e assinado (download em www.eerp.usp.br/rlae);

Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.

- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão (download em www.eerp.usp.br/rlae).

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡
- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à

problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.

- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).

- *Citações ipsas litteras* usar apenas aspas, na sequência do texto.

- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.

- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem: Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

MODELO DE REFERÊNCIAS

PERIÓDICOS

1 - Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologiya.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-

treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia*. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg*. 2005;102(3):489-94.
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med*. 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol*. 2008;22(9):2175-9.

8 - Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

9 - Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]*. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. *J Neurol*. 2008;255 Suppl 5:48-56.

Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6 Suppl 1:S3-58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35 Suppl:7-12.

13 - Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol*. 2008;211 Pt 23:3764.

14 - Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8.

15 - Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs.* 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. *Br J Nurs.* 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: *Rev Latino-am Enfermagem* 2008;16(1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Rev Latino-am Enfermagem.* In press 2009.

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. *Rev Enferm.* 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**24 - Livro padrão**

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care.* 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. *Q&A color review of hepatobiliary medicine.* New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005.

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed.

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 - Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS**35 - Proceedings de conferência com título**

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º

Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem

Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

38 - Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS

41 - Matéria de jornal diário

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na *internet*]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na *internet*

Berthelot M. La synthèse chimica. [*internet*]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na *internet* com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [*internet*]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na *internet*

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [*Internet*]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&page=57

National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [*internet*]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: <http://newton.nap.edu/books/030910078X/html/35.html>

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na *internet*

Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em:

<http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na internet

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. *Entropy* [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3.

Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da internet com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. *J Vis* [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em:

<http://journalofvision.org/6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J* [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em:

http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *Health Serv Res* [Internet]. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089210&blobtype=pdf>

55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no. Spe):509-15. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da internet com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol-life-threatening combination]. *Lakartidningen*. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na internet

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [*internet*]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na internet

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em:

http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em:

http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbete de dicionário na internet

Merriam-Webster medical dictionary [*internet*]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

61 - Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na *internet*]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSpe_randio.pdf

62 - Homepage na internet

Biblioteca Virtual em Saúde [*internet*]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em:

<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [*internet*]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/>

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006.

[internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em:
<http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu lta34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na *internet*

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [*internet*]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em:
<http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na *internet*

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

ANEXO E – Revista Ciência & Saúde Coletiva: Instruções aos Autores

Disponível em: www.cienciaesaudecoletiva.com.br e
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-8123&lng=pt&nrm=iso
Acesso em: 25 Junho 2009

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa* - ISSN 1678-4561 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar

pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o

preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" ¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)
 Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.
 Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.
2. Instituição como autor
 The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4
3. Sem indicação de autoria
 Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento
 Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
 Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
 Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*.

Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.].

Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO F – Revista OBJN – Online Brazilian Journal of Nursing: Author Guidelines

Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/index>
Acesso em: 25 Junho 2009



Online Brazilian Journal of Nursing. ISSN: 1676-4285

Author Guidelines

Thanks for your interest in writing for Online Brazilian Journal of Nursing which is an international peer

Thanks for your interest in writing for *Online Brazilian Journal of Nursing which* is an international peer-reviewed journal covering any aspect of nursing practice, research, education or management. These guidelines will answer most of your questions about writing for us and that you'll soon send us an article.

Authors are encouraged to submit manuscripts that present research, thinking, and/or experiences in nursing, education and health. OBJN welcomes practical articles that focus on useful information. We look for the voice of experience from authors and for articles that help readers. OBJN is always interested in manuscripts that fall into the following categories:

- Clinical articles describing particular diseases, disorders, or conditions, with the emphasis on nursing diagnoses, relevant nursing care and interventions. Also, clinical articles focusing on specific assessment techniques, such as assessing heart sounds.
- Procedures--How-to articles with a step-by-step format with illustrations or small videos.
- Drug articles focusing on important nursing considerations related to preparing and administering drugs, avoiding medication errors, preventing adverse reactions, and evaluating patient response.
- Charting/documentation articles that help nurses do this vital but burdensome task more accurately and efficiently.
- Emotional problems patients and families experience, such as anger or grief, and how nurses can help them cope.

TYPES OF MANUSCRIPTS

- **Editorial** (restricted to Editorial Board)

- **Invited Editorial** (*suggest a theme or subject and we invite you!*)
- **Original Articles:** Manuscripts should be written in a format consistent with the design of the research. A wide variety of forms of inquiries are acceptable. All research manuscripts should include a clear and concise summary of the purpose and aims of the research, background and significance including relevant literature, theoretical framework or orientation, the design, the participants, data collection and analysis processes and procedures, ethical protections, credibility and legitimacy issues and approaches, findings, and implications of findings

Note: the editor remembers you: a journal is not only to publish original articles. There are other sections...

- **Review Articles:** Critical analyses and evaluation of literature is foundational to the advancement of knowledge development in the field of nursing. Manuscripts that provide a systematic and rigorous analysis and evaluation of current literature are welcome. The format for such manuscripts should include the focus of the review; scope of and rationale for the literature selected; detailed description of the analysis and evaluation criteria and processes used; significant findings, issues, and gaps identified; and implications for research, practice, and knowledge development. Priority for publication will be given to manuscripts that have highest potential for expanding knowledge regarding topics of concern to health and nursing
- **Preview Note:** dissertation or thesis approved project.
- **Research Notes:** preliminary report with raw data
- **Case Study:** longitudinal examination of a single event that focus on nursing issues and comply with the following guidelines:
 - 1) *Anonymity of the patient must be guarded at all times and this may require an amalgam of data from a series of patients to ensure the identity of that individual is kept confidential (or, as in this case study, full disclosure of the patients' history of recovery is not included but aspects of practice are debated in relation to current literature on the subject).*
 - 2) *Depending on the nature of the case study, consent from the patient and a letter of permission from the hospital may need to be submitted with the paper - **please contact the editor for additional advice.***
 - 3) *No inflammatory or direct critique of care practices should be included that could lead to litigation. However, constructive criticism and exploration of alternative approaches to care can be debated if supported by the literature and where no defamatory remarks have been included. Please consult the editor if you require further assistance*
- **Analysis and Comments:** literature analyses of a few articles

- **Thesis and Dissertations Abstracts:** it must be complete as defined by the OBJN.
- **Reprint**
- **Book/Media Reviews** critical appraisal of a book, video, CD, website, etc
- **Professional Issues** updates, columns, events, etc
- **Poverty, Health Iniquities, and Human Development**
- **Undergraduate Research Training:** PBIC/FAP researches

MANUSCRIPT PREPARATION

Use Word for Windows format (no Mac formats). Arial 10 is the preferred typeface for manuscripts, 1.5 space. Figures are accepted. Use left justification only and avoid changing margins, fonts, and tabs within the manuscript unless there is a compelling reason to do so.

1. **Ethical Approvals - Ethics Committee Experimental Subjects:** experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles and approved by the Ethical Committee, including the Resolution 196/96 - CNS/MS. World Medical Association Declaration of Helsinki (version, 2002 www.wma.net/e/policy/b3.htm) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles.
2. **References.** The authors are responsible for the accuracy of references. The list of references should include only those that are important to the text and should not be long lists that consume space unnecessarily. References should be the most current available on the topic. It is the responsibility of the author to insure the accuracy of *all* components of a reference (name(s) of author(s); date of publication; title of work; title of journal, book, or other source; location of publisher; publisher; and relevant pages). All citations in the text must be listed in the references, and all references should be cited in the text. Reference citations in the text and the references list should be prepared consistent with the *Vancouver style*. As noted previously, if you cite your own works, list them as “Author, YYYY” in the citation and the reference list in order to maintain your anonymity.
3. **Reference style** Use superscript numbers at the end of the sentence within the text and provide a numeric list of references at the end of the article. Limit references sources to ten—you can cite each source multiple times in the text. *Also, use references that are no more than 4 years old, with few exceptions for classic works.*

4. SUBMISSION ONLINE OF MANUSCRIPTS

Manuscripts should be submitted electronically via the online submission site www.uff.br/objnursing. The use of an online submission and peer review site enables immediate distribution of manuscripts and consequentially speeds up the review process. It also allows authors to track the status of their own manuscripts.

SUBMISSION FEE

Manuscripts are to be submitted online as a Word file. A **nonrefundable €\$15 (fifteen euros) fee** must accompany each submission. The submission fee may be deposited online to

**Master Degree Assistencial Nursing Program/UFF
(Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial)**

Banco do Brasil/Brazil (001) Ag. 2907-6, Conta No: 26562-4

Please, immediately, indicate by email to the Editor (isabelcruz@uol.com.br) how the submission fee requirement has been satisfied (manuscript title, authors, deposit value in R\$, number of the document and data of deposit).

Getting Started

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 6 or higher, Netscape 7.0, 7.1, or 7.2, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4) and go to the journal's online site and make your LOGIN..

1. Log-in or click the ".....;Register"..... option if you are a first-time user.
2. If you are creating a register profile.
 - After clicking on ".....;Register "....., enter your name and e-mail information.

Your e-mail information is very important.

- Enter your institution and address information as appropriate, and then click ".....Next.".....

- Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise and function: Reader and **Author**. Click ".....;Finish".....

1. If you have an account, but have forgotten your log in details, go to Password Help on the journal online system
2. Log-in and select ".....;Author.".....; **Submitting Your Manuscript**
3. After you have logged in, click the ".....;Submit a Manuscript"..... link in the menu bar.
4. Enter data and answer questions as appropriate

NOTE: (all authors with valid an correct email as registered in the OBJN site and institution must be included in this moment)

Metadados: Author information. For *each* author include:

- (a) name;
- (b) degrees and certifications;
- (c) title or position, institution, and location; and

(d) **e-mail address.** Indicate to whom email correspondence should be sent (if you do not receive an email, check at your Spam file). Corresponding author is responsible for verifying the accuracy of their coauthors' information, including name, degrees, institutions, and biographical paragraphs.

Title. The title should be succinct and clear and accurately reflect the topic and methodology of the manuscript.

Abstract. The abstract should accurately reflect the topic of the manuscript. It should be no longer than 200 words. For research manuscripts, the abstract should be structured with headings denoting: (a) purpose of study, without detailed background; (b) design of study; (c) methods used; (d) findings; and (e) conclusions. If the manuscript is one of the other types (critical literature review, practice, etc), a structured abstract is also required. The structure for these types of manuscripts should reflect the purpose of the manuscript.

Optimizing Your Abstract for Search Engines

Many students and researchers looking for information online will use search engines such as Google, Lilacs, Yahoo or similar. By optimizing your article for search engines, you will increase the chance of someone finding it. This in turn will make it more likely to be viewed and/or cited in another work. We have compiled these guidelines to enable you to maximize the web-friendliness of the most public part of your article.

Keywords: important to optimizing your abstract for search engines

1. Click the "Next" button on each screen to save your work and advance to the next screen.
2. You are required to upload your file.
 - Click on the "Browse" button and locate the file on your computer.
 - Select the designation of your file in the drop-down menu next to the Browse button.
 - When you have selected your file you wish to upload, click the "Upload File" button.

ATTENTION: NO SUPPLEMENTARY FILES AT ALL!!!

1. Review your submission before sending to the Journal.
2. Click the "Submit" button when you are finished reviewing.

- **Manuscript Files Accepted**

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rtf) files (not write-protected) with figure included in the text. Please note that any manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) will be automatically rejected. GIF and JPEG are acceptable for submission. The files will be automatically converted to HTML on upload and will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript including abstract, text, references, tables, and figure legends, and embedded figures. Figure tags should be included in the file. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below.

The metadata is part of the online submission. This should include the author/s' name/s, qualifications, job title/s, place of work, postal and e-mail addresses for correspondence (to be published if a paper is accepted), contact telephone number/s, article title, abstract, keywords, etc. Please note the chosen article title should be no more than 12 words.

- **Blinded Review**

All manuscripts submitted to *Online braz j nurs Care* will be reviewed by two experts in the field. *Online braz j nurs* uses double-blinded review. The names of the reviewers will thus not be disclosed to the author submitting a paper and the name(s) of the author(s) will not be disclosed to the reviewers.

To allow double-blinded review, please submit (upload) your main manuscript without any authors identification

- **E-mail Confirmation of Submission**

After submission the you (submitter) will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by spam filtering software on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server to their whitelist.

- **Manuscript Status**

You MUST access your Page and Manuscript Central any time to check your ";;;;;;Author Center";;;;;; for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once any decision has been made.

- **Upload of Revised Manuscripts**

Locate your manuscript under ";;;;;;Manuscript with Decision";;;;;; and click on ";;;;;;Submit a Revision";;;;;; to submit your revised manuscript in the format asked by the Editor. Observe the deadlines.

- ***If the manuscript is archived for delay it will pay a fee (160 euros) to return to the review process.***

The Editorial Board and its panel of reviewers are committed to helping all authors, and particularly new authors, to develop their work so that it can be published. The revised submission may then need to be returned to the referees.

NOTE: After final acceptance of the paper, you will be asked to pay the Publication Tax (€15 [fifteen euros]).

On average, the length of time between submission and publication is likely to be in the region of 3 months.

AFTER ACCEPTANCE

Upon acceptance of a paper for publication, the editor will ask to pay the

Publication Tax. Observe the deadline to do so (10 days). After the author notify the editor the payment, manuscript will be forwarded to the Production Editor who is responsible for the production of the journal.

Resubmission of rejected manuscripts. If your manuscript is rejected, read the reviews carefully. If you wish to submit a rejected manuscript to OBJN, you must indicate in a message to Editor that it is a revision of a previous manuscript and provide the old manuscript number. State how the manuscript has been changed compared with the original; submit a detailed list of your responses to each of the comments of the reviewers or provide convincing reasons for declining to do so. If you believe strongly that the paper was not judged fairly, make your case in your email message. The manuscript should be submitted online again, where it will receive a new manuscript number. Manuscripts that are essentially resubmissions of a previously submitted manuscript and that do not comply with these rules will not be considered for publication.

Manuscripts Models (for the initial submission)

- **MODEL FOR RESEARCH or REVIEW ARTICLE or CASE STUDY or RESEARCH NOTES SUBMISSION TEXT** (the MANUSCRIPT for upload)

Original research/research note a structured abstract not exceeding 300 words using, in the order shown, the following headings, where possible: Aims and objectives; Background (stating what is already known about the topic); Design; Methods; Results; Conclusions (stating what this study adds to the topic); Relevance to clinical practice - THIS SECTION MUST BE INCLUDED. Although the section headings might need slight adjustment to reflect the methodology of original research, there still needs to be adapted terminology to reflect the spirit of each section, for example, a paper based on research conducted within the interpretive paradigm might present a section entitled 'findings' rather than 'results'; 'implications for practice' rather than 'recommendations'. The abstract should accurately reflect the content of the paper. The abstract should not include references or abbreviations. Literature review, a structured abstract, not exceeding 300 words, should be provided under the headings: Aims and objectives; Background (stating what is already known about this topic); search strategies, inclusion and exclusion criteria; Conclusions (stating what this study adds to the topic); Relevance to clinical practice. Suggested section titles for a literature review might also require different terminology dependant on the methodology undertaken to provide that review, but should still be adapted to address all the relevant sections. Case Studies, abstracts for case studies should state the aims and objectives of the case study presentation and the key issues and points of learning for critical care practitioners (max 200 words).

1. **Title/título (normal, subtítulo: método da pesquisa)** (only if the text is in Portuguese or Spanish)

2. **Abstract**
3. **Keywords (Medical Subject Headings Index)**
4. **Resumo**(only if the text is in Portuguese): igual ao abstract.
5. **Palavras-chave** (only if the text is in Portuguese: DeCS: <http://decs.bvs.br/>)
6. **Resúmen** (only if the text is in Portuguese or Spanish) igual ao abstract e ao resumo
7. **Palabras-clave** (only if the text is in Portuguese or Spanish: DeCS: <http://decs.bvs.br/>)
8. **TEXT OF ARTICLE:** The article should be between 06-10 pages (Research or review article); 04-06 Case Study or Research Notes, including references.
9. **Introduction (short description of the problem: what has to change?)**
10. **Methodology** (describe ethical procedures related to the subjects. ETHICAL BOARD ACCORDANCE[process, data of approval, and number], validation of instruments and other details relevant to the conduct of the study
11. **Results** (Reporting Race/Ethnicity: indicate in the Methods section who classified individuals as to race/ethnicity, the classifications, and whether the options were defined by the investigator or the participant; undue repetition in text and tables should be avoided. Comment on validity and significance ($p < 0,005$) of results is appropriate. Subheadings that aid clarity of presentation within this section are encouraged.
12. **Discussion:** the nature and findings of the study must be placed in context of other relevant published data. Utilize recent and original references (5 years or less, preferably from Brazilian or international scientific nursing journals) to discuss your data. OBJN must be one of the references (AND MUST BE CITED CORRECTLY!!!).
13. **Implications for the Registered Nurse** (nursing diagnosis, interventions, and outcomes or procedures related to the client/family/community care) **or to the Executive Nurse.**
14. **New insights or information about** (one or all of them)
Diseases, disorders, or conditions, or specific assessment techniques with the emphasis on relevant nursing care and interventions.
Procedures.
Drug(s) focusing on nursing considerations related to preparing and administering drugs, avoiding medication errors, preventing adverse reactions, and evaluating patient response.
Charting/documentation
Emotional problems patients and families experience and how nurses can help them cope.
Legal issues confronting nurses
Ethical dilemmas

Difficult or challenging cases that require strong nursing skills and teamwork

Professional issues and perspectives relevant to practice.

15. **Suggestions for nursing actions or nurses' roles.**
16. **Conclusions or position statement**
17. **References** (Vancouver style; OBJN must be one of the references (AND MUST BE CITED CORRECTLY!!!).
18. **Note:** At the end of the paper, a box or a paragraph should be inserted that identifies what is known about the subject and what this paper contributes (maximum 150 words). Authors are urged to carefully frame their statements in this section to accurately reflect content and draw the reader's attention to the unique contribution of the paper.

OBSERVE:

Tables: are considered images (must be paid). Should only be used to clarify important points. Tables must, as far as possible, be self-explanatory. Their placement should be listed within the text. The tables should be numbered consecutively with Arabic numerals.

Figures: All graphs, drawings and photographs are considered images (must be paid) and should be numbered in sequence with Arabic numerals. Each figure should have a legend and all legends should be typed together on a separate sheet and numbered correspondingly. If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publisher.

References: All cited references should be listed at the end of the paper in order of citation. The reference must be write up to six authors; more than six, to use expression et al. after the sixth (Vancouver Style). The titles of journals should be abbreviated according to the style used in Index Index Medicus and the Cumulative Index of Nursing and Allied health Literature. Consult the List of Journals Indexed in Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature or Index Medicus. The authors must use the Vancouver Style. References (see Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html ou <http://www.icmje.org/>)

Online materials and OBJN articles are encouraged as citation.

Please, when possible use www.webcitation.org to permanently archive all cited webpages and websites, and cite the archived copy rather than the original link, which may be ";;;;;;;;;;;;;dead";;;;;;;;;;;;;; in a few weeks, months, or years.

Formatting: Authors should write in clear, concise English, Portuguese or Spanish. The responsibility for all aspects of manuscript preparation rests with the authors. We recommend the use of a tool such as CiteUlike (<http://www.citeulike.org>) for reference management and formatting.

- **MODEL FOR ABSTRACT PREPARATION** (only text in English)

1. **Title**
2. **Author and affiliation**
3. **Name of Advisor and affiliation**
4. **Bibliographic reference** of the thesis or dissertation according to Vancouver format.
5. **Abstract** with problem, objectives, method, results, and conclusions.
6. **Main bibliography:** according to the Vancouver format list in order of citation the principal authors utilized in the research (maximum of 05 references).
7. **Address for correspondence**
8. **Fellowship** (opcional)

- **MODEL FOR PREVIEW NOTE** (preview note maximum of 02 pages)

É uma publicação inicial que comunica a ideia da pesquisa em andamento (projeto de dissertação/doutorado aprovado em banca de qualificação ou projetos de produtividade em pesquisa [CNPq/PIBIC; FAPs, MS, FUNASA, ANVISA, ou outro órgão de fomento à pesquisa). Consiste de um trabalho original, curto, com os objetivos de divulgar a pesquisa e garantir os direitos autorais de uma ideia. A nota prévia geralmente não se estende além de uma página.

1. **Título**
2. **Autor e afiliação**
3. **Orientador e afiliação situação problema e sua significância**
4. **Objetivos/questão norteadora/hipótese**
5. **Metodologia** (referencial teórico e técnica de pesquisa, aprovação no CEP)
6. **Bibliografia de referência** (Vancouver, 03 no máximo, se possível 1 é o OBJN)
7. **Dados do projeto:** Projeto de () dissertação () doutorado do Programa XXX aprovado em __/__/__ pela banca composta por:
8. **Aprovação no CEP** em _____ No. do parecer
9. **Apoio financeiro à pesquisa** (se houver)
10. **Equipe de pesquisa** (se houver)
11. **Endereço para correspondência**

- **MODEL FOR BOOK/MEDIA REVIEW**

Title of the review

Título da resenha

Autor e afiliação

Bibliographic reference of the book or media in original language

Aims and intended readership

Brief details of author(s), editor(s)

Outline of content/chapters
Index, appendices, figures and tables
Quality and level of content (introductory or advanced)
Presentation and readability
Academic quality
Up to date or not
Comperison with other books/media
Value for money
Reviewer´s recommended readership
Suggest purchase of personal and/or library copies
Concluding/summary statement
Endereço para correspondência

Publish at OBJN your research thesis or dissertation

Congratulations now you are a doctor or master! It's time to publish your thesis or dissertation. Probably, you have to do some major modifications, but the OBJN accept almost immediately your thesis or dissertation paper (the peer review was done by the examiners, the thesis or dissertation approval was the "accept"). But, make sure that you follow the OBJN author guidelines closely to have 100% of the chances of acceptance of your thesis or dissertation paper:

THESIS OR DISSERTATION ARTICLE MODEL

Título (port, sem CAPS LOCKS; subtítulo deve indicar o método da pesquisa)
 Título (esp [opcional])

Autor(es) Exemplo: Sicrano1, *Advisor*2, (NO CAPITAL LETTERS)

Afiliação Exemplo: 1Universidade Federal Fluminense, RJ, Brasil;
 2Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil; (PLEASE, NO FOOTNOTES AT ALL)

Abstract (Aims and objectives; Background (stating what is already known about the topic); Design; Methods; Results; Conclusions (stating what this study adds to the topic); Relevance to clinical practice)

Keywords (**Medical Subject Headings Index**)

Resumo

Palavras-chave

Resúmen (opcional)

Palabras-clave (opcional)

Introduction

Methodology (describe ethical procedures related to the subjects. ETHICAL BOARD ACCORDANCE)

Results

Discussion

Conclusions

References

Date of examination, Institution, and Examiners.

But if you still in doubt about whether to spend time turning your work into an article, consider publishing the Thesis or Dissertation Abstract.

LICENSE OF COPYRIGHT

By submitting the manuscript, the author (s) grants to OBJN a perpetual, non-exclusive license to add the manuscript to the OBJN and to publish it in the OBJN . Although the OBJN is itself copyrighted as a publication, the author (s) retains ownership of all right, title and interest in the manuscript. Accepted manuscripts will not become a property of the Online Brazilian Journal of Nursing. The author(s) is responsible for obtaining permission to use any copyrighted material and send it by traditional mail to OBJN. When specific persons are mentioned in the article (beyond cited references), or institutions named, permission from the individual or in the case of an institution, the administrator, must be obtained in writing before publication.

Since the rules for use of published electronic documents are still somewhat undefined, the OBJN insists that readers apply the same principles of fair use to the works in this electronic archive that they would to a published, printed archive. These works may be read online, downloaded for personal use, or the URL of a document (from this server) included in another electronic document. The text itself may not be published commercially (in print or electronic form), edited, or otherwise altered without the permission of the author. As with printed materials, care should be taken when excerpting or referencing text to ensure that the views, opinions, and arguments of the author accurately reflect those contained in the original work.

Submission Preparation Checklist

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

1. Submission fee was paid and an email will be sent to `st1\:*{behavior:url(#ieooui) }`

Cruz, I. Health and racial inequities in Brazil: the Black population - a literature review. *Online Braz J Nurs* 2006, 5(2). Retrieved 2008-06-01, from <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/400/95>
2. Methods: Details relevant to the conduct of the study (original or systematic/integrative review). Ethical Committee acceptance (DESCRIBE PROCESS' NUMBER in the methodology). Reporting Race/Ethnicity: indicate in the Methods section who classified individuals as to race/ethnicity, the classifications, and whether the options were defined by the investigator or the participant.
3. Results: Undue repetition in text and tables should be avoided. Comment on validity and significance ($p < 0,005$) of results is appropriate. Subheadings that aid clarity of presentation within this section are encouraged.
4. Discussion and conclusion of the nature and findings of the study must be placed in context of other relevant (and up-to-date) published data.

5. Manuscript points out the implications for the Registered Nurse (nursing diagnosis, interventions, and outcomes or procedures related to the client/family/community care) or to the Executive Nurse. Manuscript points out new insights or information about the subject
6. Manuscript focus on nursing actions or nurses' roles.
7. Correct section

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

Author Fees

This journal charges the following author fees.

Submission Fee: 15.00 (EUR)

We would like to inform you that the OBJN is an open journal but has a tuition to support the publishing process. As we know, your desire is to empower nursing scientific knowledge, so you can make your deposit to the

Master Degree Assistencial Nursing Program/UFF

(Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial)

Banco do Brasil/Brazil (001) Ag. 2907-6, Conta No: 26562-4

Submission fee EURO\$ 15,00

►NOTE: Please, send by EMAIL to isabelcruz@uol.com.br the informations related to your bank deposit (value in € [manuscript plus images] and R\$, date and number of document, article title, and authors) otherwise the manuscript will be archived.

Publication Fee (+ 5,00 for each image or table, etc): 15.00 (EUR)

AFTER YOU RECEIVE THE "ACCEPT"

We would like to inform you that the OBJN is an open journal but has a tuition to support the publishing process. As we know, your desire is to empower nursing scientific knowledge, so you can make your deposit to the

Master Degree Assistencial Nursing Program/UFF

(Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial)

Banco do Brasil/Brazil (001) Ag. 2907-6, Conta No: 26562-4

Publication fee EURO\$ 15,00 (each manuscript accept) plus EURO\$ 5,00 for each image/table/graphic

Attention:

TOTAL for your manuscript EURO\$,00.

ATTENTION:

You have 10 days to pay the publication fee to guarantee the publication in the next regular number.

►NOTE: Please, send by EMAIL to isabelcruz@uol.com.br the informations related to your bank deposit (value in € [manuscript plus images] and R\$, date

and number of document, article title, and authors) otherwise we cannot publish it.

Reviewer, for 03 evaluations done, you can publish free of submission and publication charges for 1 manuscript of your own. para cada 03(três) pareceres efetuados (a partir de 2008), você ganhará isenção nas taxas de submissão/publicação do OBJN em relação a um manuscrito.

Online Brazilian Journal of Nursing. ISSN: 1676-4285



This work is licensed under a [Creative Commons:Noncommercial-No Derivative Works License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

ANEXO G - Revista de Saúde Pública da USP: Instruções aos Autores



Disponível em: http://200.152.208.135/rsp_usp/
Acesso em: 25 Junho 2009

Versão impressa ISSN 0034-8910

Instruções aos Autores

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- STROBE para estudos observacionais
- Health economics checklist

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.
-

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à

pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.
-

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.

As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Preparo dos manuscritos

- Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.
- Os manuscritos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf. Deve ser apresentado com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho A-4, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Cada manuscrito deve ser enviado em uma via em papel, por correio e o arquivo do texto para o e-mail da Revista.
- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação ▲ - Deve conter: **a)** Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. O limite de caracteres é 93, incluindo os espaços. **b)** Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas. **c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura. **d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. **e)** Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado. **f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência. **g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. **h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. **i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização. (*Verificação de itens*)

Resumos e Descritores ▲ - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Comentários e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos ▲ - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências ▲ - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de

periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev. Saúde Pública* 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini, OP. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Rocha JSY, Simões BJB, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp> [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas. Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citadas; quando imprescindível, podem figurar no rodapé da página que as cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das **referências no texto, nas tabelas e figuras** deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo:

Terris et al⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow.

O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente.^{9,12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas ▲ - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar

permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras ▲ - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar colume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente, e os custos de impressão são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas ▲ - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Documentos

1. Declaração de Responsabilidade [modelo]

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar

seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

ANEXO H - Revista da Escola de Enfermagem da USP: Instruções aos Autores

Revista da Escola de Enfermagem

Disponível em: http://www.ee.usp.br/REEUSP/index.php?p=area&are_id=37
Acesso em: 25 Junho 2009

Versão impressa ISSN 0034-8910

Instruções aos Autores

A Revista da Escola de Enfermagem da USP é um periódico trimestral, revisado por pares, com o objetivo de publicar artigos empíricos inéditos que representem um avanço significativo para o exercício profissional ou para os fundamentos da Enfermagem.

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Desde setembro de 2008 (volume 42 n.3) a Revista passou a ter uma edição no idioma inglês, que está editada na versão online. No momento em que o trabalho for aceito para publicação, os autores deverão providenciar a tradução para o idioma inglês de acordo com as orientações da REEUSP.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão **enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética (via online)**, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, **devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais** (modelo em anexo), via documentação suplementar.

- **Artigo Original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas, nas quais devem estar inclusos páginas de identificação dos autores e resumos.
Sua estrutura deve conter:
 - **Introdução:** apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.
 - **Objetivos:** especifica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos, se pertinentes, podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.
 - **Revisão da Literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.
 - **Métodos:** descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.
 - **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias, etc.
 - **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.
 - **Conclusão:** corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e métodos.
- **Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
- **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de

avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

- **Artigo de revisão:** estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, devendo apresentar análise e conclusão. Limitado a 10 páginas.
- **À beira do leito:** questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.
- **Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Processo de julgamento dos manuscritos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

Preparo dos manuscritos

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço para troca de correspondência, incluindo *e-mail* e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

- **Citações** – deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(1-2,4).
- **Notas de rodapé** – deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

- **Depoimentos** – frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.
- **Tabelas** – a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo da mesma.
- **Apêndices e anexos** – devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.
- **Fotos** – serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.
- **Agradecimentos** – contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.
- **Errata** - após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por *e-mail*.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método e resultados.

Descritores: devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (*Key words*) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: Limitadas a 22, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a sequência em que foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

Obs: A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Referências não contempladas nos exemplos descritos não serão aceitas.

O manuscrito deve ser encaminhado por via eletrônica online (<http://www.scielo.br/reeusp>) acompanhado de carta ao Editor (no item Carta de Apresentação do Artigo) informando os motivos pelos quais você selecionou a REEUSP para submeter o seu manuscrito. Adicionalmente informe os avanços e as contribuições do seu texto frente as publicações recentes já veiculadas na temática nos últimos anos.

Exemplos/ Examples/ Ejemplos

Artigos de periódico/Periodic articles/Artículos de periódico

a) Artigo padrão/Standard article/Artículo patrón

Calil AM, Pimenta CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;39(1):325-32.

Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs*. 2006;15(9):1188-95.

Artigo com mais de 6 autores

Eller LS, Corless I, Bunch EH, Kemppainen J, Holzemer W, Nokes K, et al. Self-care strategies for depressive symptoms in people with HIV disease. *J Adv Nurs*. 2005;51(2):119-30.

b) Instituição como autor/Institution as author/Institución como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

c) Sem indicação de autoria/Without indicating authorship/Sin indicación de autoría

Best practice for managing patients' postoperative pain. *Nurs Times*. 2005;101(11):34-7.

d) Volume com suplemento/Volume with supplement/Volumen con suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.

e) Fascículo com suplemento/Issue with supplement/Fascículo con suplemento

Glauer TA. Integrating clinical data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12

Suppl 7):S6-12.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996.

Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.

f) Volume em parte/Volume with part/Una parte del Volumen

Milward AJ, Meldrum BS, Mellanby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. *Brain*. 1999;122(Pt 6):1009-16.

g) Fascículo em parte/Issue with part/Una parte del fascículo
Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

h) Fascículo sem volume/Issue without volume/Fascículo sin volumen
Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. *Rev USP*. 1999;(43):55-9.

i) Sem volume e sem fascículo/Neither volume nor issue/Sin fascículos y sin volumen
Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

Livros e monografias/Books and monographs/Libros y monografias

a) Autor pessoal/Personal author/Autor personal
Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

b) Organizador, editor, coordenador como autor /Organizer, editor or compiler as author

/Organizador, editor, coordenador como autor
Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

c) Instituição como autor e publicador/Institution as author and publisher/Institución como autor y publicador
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.

Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

d) Capítulo de livro, cujo autor não é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is different from the book/Capítulo de libro, cuyo autor no es el mismo de la obra

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. *Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Maio; 2004. p. 59-73.

e) Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is the same of the book/capítulo de libro, cuyo autor es el mismo de la obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

f) Trabalho apresentado em evento (Anais, Programas, etc.)/Event (Annals, Programs, etc.)/Evento (Anales, Programas, etc.)

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

g) Dissertações e teses/Dissertation or thesis/Tesis de maestría y de doctorados
Maia FOM. Fatores de risco para o óbito em idosos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

h) Documentos legais/Legal documents/Documentos legales

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

i) Dicionários e obras de referência similares/Dictionaries and other similar reference books/Diccionarios y obras de referencia similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

Materiais em formato eletrônico/Eletronic format materials/Materiales en formato electrónico

- a) Monografia em formato eletrônico/Monograph in electronic format/Monografía en formato electrónico
Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
- b) Artigos de periódicos/Periodical articles/Artículos de periódicos
Johnson BV. Nurses with disabilities. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2005 [cited 2006 sept 27];105(10):[about 1 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed>
Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2006 [citado 2006 set. 28]; 40(3):[cerca de 7 p]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/258.pdf>
- c) Dissertações/teses/Dissertation/theses/Tesis de Maestría/Tesis de Doctorado
Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/>

ANEXO I – Comunicação recebida Submission to be considered for the 18th ICOWHI Congress (Pennsylvania - USA)

----- Original Message -----

Subject: Abstract Submission from Web Site

Date: Mon, 6 Jul 2009 18:58:31 -0300 (BRT)

From: admin@icowhi.org

To: veraluci@ufpa.br

Thank you for your abstract submission to be considered for the 18th ICOWHI Congress, Cities and Women's Health: Global Perspectives, April 7-10, 2010. Your abstract is in the process of review and you will be notified by September 2009.

If you have any questions, please email admin@icowhi.org.

Thanks and regards,

ICOWHI Conference Organizers

[← Responder](#) [→ Encaminhar](#)