



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Rejane Antonia Costa dos Santos

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACERCA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NOS TERRITÓRIOS DO CAMPO,
DA FLORESTA E DAS ÁGUAS**

Belo Horizonte

Escola de Medicina da UFMG

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Rejane Antonia Costa dos Santos

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACERCA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NOS TERRITÓRIOS
DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi

Belo Horizonte

Escola de Medicina da UFMG

2016

Santos, Rejane Antonia Costa dos.

S237v Violência contra a mulher[manuscrito]: atuação dos profissionais de saúde acerca da notificação compulsória nos territórios do campo, da floresta e das águas. / Rejane Antonia Costa dos Santos. - Belo Horizonte:2016.

136f.: il.

Orientador: Antônio Leite Alves Raddichi.

Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência contra a Mulher. 2. Notificação Compulsória. 3. Pessoal de Saúde. 4. Estudos Transversais. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Raddichi, Antônio Leite Alves. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 309



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP



FOLHA DE APROVAÇÃO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ACERCA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NOS
TERRITÓRIOS DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS**

REJANE ANTONIA COSTA DOS SANTOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 31 de maio de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Antonio Leite Alves Radicchi
Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi - Orientador

UFMG

Victor Hugo de Melo
Prof(a). Victor Hugo de Melo

UFMG

Soraya Almeida Belisario
Prof(a) Soraya Almeida Belisario

UFMG

Belo Horizonte, 31 de maio de 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA REJANE ANTONIA COSTA DOS SANTOS

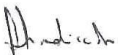
Realizou-se, no dia 31 de maio de 2016, às 16:30 horas, Sala 507, 5º andar da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NOS TERRITÓRIOS DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS*, apresentada por REJANE ANTONIA COSTA DOS SANTOS, número de registro 2014719300, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi - Orientador (UFMG), Prof(a). Victor Hugo de Melo (UFMG), Prof(a). Soraya Almeida Belisario (UFMG).


A Comissão considerou a dissertação:

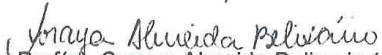
Aprovada

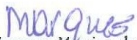
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 31 de maio de 2016.


Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi (Doutor)


Prof(a). Victor Hugo de Melo (Doutor)


Prof(a). Soraya Almeida Belisario (Doutora)


Marques Martins de Macedo
Secretário do Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Profa. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitora de Pesquisa

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Luiz Armando Cunha De Marco

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Selmo Geber

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Palmira de Fátima Bonolo

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e

Prevenção da Violência

Prof^a. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e

Prevenção da Violência

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e

Prevenção da Violência

Prof.^a Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha

Prof.^a Eliane Dias Gontijo

Prof.^a Eugênia Ribeiro Valadares

Prof.^a Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof.^a Stela Maris Aguiar Lemos

Prof^a. Efigênia Ferreira e Ferreira

Prof^a. Soraya Almeida Belisario

Prof. Marcelo Grossi Araújo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela sua onipresença, ofertando força e serenidade, amparo nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Maria e José Turíbio, por sempre contribuírem para meu crescimento, dando apoio, carinho e amor, são exemplos de vida.

À Professora Elza Machado de Melo, Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina, exemplo de força e perseverança, por proporcionar este crescimento e compartilhar muito dos seus saberes.

Ao meu orientador Professor Antônio Leite Radicchi pelo conhecimento proporcionado, disponibilidade e a serenidade na condução desta orientação.

Ao professor Ricardo Tavares, colaboração inestimável, e por proporcionar novos conhecimentos.

Aos amigos do Mestrado, em especial, equipe do Grupo Saúde da Mulher pela amizade e troca de experiências.

À equipe do Núcleo, Amanda e a Lauriza, obrigada pela atenção, carinho e profissionalismo dedicados a nós.

A toda equipe da UFMG, pela disponibilidade e presteza.

À Júlia pelas contribuições na realização deste trabalho, disponibilidade, apoio e bom humor.

Aos meus irmãos Gil, Lena, Mônica, Márcia, Cida e José Carlos, pela torcida e apoio sempre presente.

A todos meus familiares, fonte de alegria e motivação.

As amigas Vanessa, Laura, Mayra e Pri, mesmo à distância, agradeço pelo apoio, incentivo e as alegrias.

A amiga Lucimeire, companheira do Mestrado, por compartilhar bons momentos e a troca de conhecimentos, com sua leveza e tranquilidade.

Aos amigos do HOB e HMC, em especial a todos aqueles que participaram da minha caminhada, sempre ofertando apoio nos momentos difíceis, foram fundamentais na realização deste trabalho.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para conclusão deste trabalho: o meu muito obrigado, sempre!

***“Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.
Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade.
Mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura.
Sem essas virtudes, a vida será de violência e
Tudo será perdido.”***

Charlin Chaplin

RESUMO

SANTOS, R.A.C. **Violência contra a mulher**: atuação dos profissionais de saúde acerca da notificação compulsória nos territórios do campo, da floresta e das águas.136f.2016.Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina: Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.

A violência contra as mulheres, fenômeno de alta prevalência, é reconhecida pelos órgãos internacionais e nacionais como violação dos direitos humanos. A violência que atinge as mulheres dos territórios rurais apresenta-se de forma perversa e invisibilizada. Avanços nas políticas públicas e legislação acerca da violência contra a mulher ocorreram nas últimas décadas. A notificação compulsória da violência instituída através da Lei 10.778 de 2003 é um poderoso instrumento de vigilância epidemiológica. Este estudo está alinhado ao Projeto com foco na Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, o Projeto “Para Elas” do Núcleo de Promoção de Saúde e da FM/UFMG junto ao Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa que teve como objetivo analisar a atuação dos profissionais de saúde acerca da notificação compulsória da violência nos territórios do campo, da floresta e das águas. A coleta dos dados foi através da aplicação de um questionário semiestruturado. Foram analisados 438 questionários. Os resultados apresentam um predomínio do sexo feminino. A enfermagem teve maior percentual de participação. A maioria dos participantes encontra-se na faixa etária de 21 a 40 anos. 79,6% dos participantes possuem graduação ou pós-graduação. Quanto à notificação da violência, as categorias profissionais que mais notificaram foram o Serviço Social e a Psicologia, para o caso confirmado. A atenção terciária apresentou um percentual de notificação maior em relação aos outros níveis. O grau de instrução mais elevado mostrou-se favorável à atitude do profissional em notificar os casos de violência, bem como a oferta de capacitação e a garantia de recursos necessários para as ações de combate à violência. Dificuldades apontadas em relação ao preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória, como a inexistência da ficha de notificação na unidade de saúde e a falta de capacitação para a equipe os principais entraves apontados. O estudo demonstrou um desconhecimento por parte dos profissionais quanto o aspecto legal e prático da notificação da violência contra a mulher. Os resultados sugerem uma subnotificação dos casos de violência. A lacuna na formação acadêmica dos profissionais de saúde, a falta de capacitação e a não garantia de recursos necessários para as ações de combate à violência podem estar associados com a dificuldade em detectar os casos de violência e a realização da notificação compulsória da violência. Discute-se assim, a necessidade de realização contínua de capacitação para os profissionais da atenção a saúde, a importância em sensibilizá-los e o trabalho em rede com as pactuações intersetoriais. Em suma, tornar visível o problema da violência contra a mulher.

Palavras-chave: violência contra a mulher, notificação compulsória da violência, profissional de saúde.

ABSTRACT

SANTOS, R.A.C. **Violence against woman**: performance of the health professionals about obligatory part notification in the field, forest and water territories.136f.2016.Thesis (Master).Belo Horizonte, Medical School, Federal University of Minas Gerais; 2016.

The violence against women, phenomenon of high prevalence, is recognized by the national and international organizers as violation of Human Rights. The violence that hits women of rural territories, presents itself in a wicked and unseen way. During the last decades, it was noted and improvement in the public polices and law about the violence against women. The obligatory part notification of the violence established through the law 10.778 of 2003 is powerful instrument of epidemiologic surveillance. This study is aligned to the Project with focus in the Integral Attention to the Woman Health in situation of the violence, the project "For them " from the Nucleus of Health Promotion and FM/UFMG to the Health Ministry. It is about a cross-sectional study of quantitative approach that had as its goal to analyze the performance of Health Professionals about the compulsory notification of violence in the field, forest and water territories. The data collection was through the application of a semi-structural questionnaire. It was analyzed 438 questionnaires. The results show a prevalence of female sex. The nursing, the professional category with the biggest percentile of participation. The majority of the participants is between 21 and 40 years. 79,6% of the participants have graduation or post graduation. For the confirmed case, the Social Service and the Psychology were the categories that most notified. The tertiary attention showed the biggest percentile of notification in relation to the other levels. The highest degree of instruction appeared as a variable that can be associated to the confirmed case of the professional in notifying the cases of violence against the women. It was noted a favorable association between the offer of capacitation and the act of notify as well as the guaranty of necessary resources to the actions of combat to violence. Several difficulties were appointed in relation to the fill of an obligatory notification form, being the non-existence of notification form in the Health Unity, lack of capacitation for the staff were the main obstacles showed. The study demonstrated a not understanding from the professional to the legal and practical aspect of the notification of the violence against woman. The results suggest a sub-notification of the violence cases committed against woman. The gap in the academic training of the health professionals, the lack of capacity and as not assure of the necessary resources to the actions of combat against violence, can be associated with the difficulty in identifying, detecting the violence cases as well as the realization of the compulsory notification of violence. So, we have to discuss the necessity of continuous achievement of the capability for the professional of health attention, the importance of sensitize them and the network with the intersectional pacts. In summary, to become visible the problem of violence against woman.

Key-words: violence against woman, compulsory notification of violence, health professional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 – Mapa das regiões Brasileiras apresentando os Municípios pólo referidos pelo Ministério da Saúde, 2011..... | 64 |
| FIGURA 2 - Mapa de correspondência entre o atendimento à mulher suspeita e em situação de violência e as atitudes tomadas..... | 85 |
| GRÁFICO 1 - Dificuldades apontadas relação ao preenchimento da Notificação Compulsória da Violência..... | 81 |
| GRÁFICO 2- Percentual de notificação frente à mulher em situação de violência segundo a notificação frente à suspeita da violência. | 85 |
| GRÁFICO 3 - Percentual de notificação frente à mulher em suspeita/situação de violência e a frequência de garantia de recursos necessários para as ações de combate à violência..... | 86 |
| GRAFICO 4- Percentual de notificação frente à mulher em suspeita/situação de violência a frequência de oferecimento de programas de capacitação. | 87 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1– Análise entre variáveis: sociodemográficas e características do trabalho dos participantes dos Seminários Campo e Floresta e a notificação da suspeita da violência contra a mulher. | 77 |
| TABELA 2– Análise entre variáveis: sociodemográficas e características do trabalho dos participantes dos Seminários Campo e Floresta e a notificação da situação da violência contra a mulher. | 79 |
| TABELA 3 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Atendimento à mulher suspeita e em situação de violência). | 83 |
| TABELA 4 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Atitudes)..... | 84 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 – Principais Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento da violência, a partir de 2000. | 37 |
| QUADRO 2 – Dez municípios Territórios da Cidadania e suas características quanto população feminina, população rural feminina e o ranking estadual quanto o feminicídio. | 65 |
| QUADRO 3 - Principais dificuldades apontadas para notificar a violência contra a mulher. | 82 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-----------|---|
| AC - | Análise por Correspondência |
| APS - | Atenção Primária à Saúde |
| CEDAW- | <i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women</i> |
| CNDM - | Conselho Nacional dos Direitos da Mulher |
| CID 10- | Código Internacional de Doenças |
| CIPD - | Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento |
| CPMI - | Comissão Parlamentar Mista de Inquérito |
| CPMIVCM - | Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre Violência contra a Mulher |
| CNPM - | Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres |
| CONTAG - | Confederação Nacional de Trabalhadores da Agricultura Familiar |
| DEAM - | Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher |
| DO - | Declaração de Óbito |
| DST- | Doença Sexualmente Transmissível |
| FM/UFMG - | Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais |
| IBGE - | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH - | Índice de Desenvolvimento Humano |
| PAISM - | Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher |
| PNPM - | Plano Nacional de Políticas para Mulheres |
| PNSAIM - | Política Nacional de Saúde Integral da Mulher |
| MDA - | Ministério de Desenvolvimento Agrário |
| MS - | Ministério da Saúde |

| | |
|---------|--|
| OMS - | Organização Mundial da Saúde |
| ONU - | Organização das Nações Unidas |
| RSI - | Regulamento Sanitário Internacional |
| SIH- | Sistema de Informações Hospitalares |
| SIM - | Sistema de Informação de Mortalidade |
| SINAN - | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SPM - | Secretaria de Políticas para Mulheres |
| SPSS - | <i>Statistical Package for Social Science</i> |
| SNVE - | Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica |
| SVS - | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| SUS - | Sistema Único de Saúde |
| TCLE - | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFMG - | Universidade Federal de Minas Gerais |
| VIVA - | Sistema de Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1 Violência Contra as Mulheres: um problema de saúde pública | 23 |
| 1.2 Violência contra a mulher na área rural | 27 |
| 1.3 Marcos Legais e Políticas Públicas para as Mulheres | 30 |
| 1.3.1 Instrumentos Internacionais do Direito das Mulheres | 30 |
| 1.3.2 Evolução das Políticas Públicas no Brasil | 33 |
| 1.4 Notificação da Violência como Estratégia de Vigilância em Saúde..... | 41 |
| 1.4.1 Breve histórico da Vigilância Epidemiológica e o Sistema de Informação no Brasil – SINAN..... | 41 |
| 1.4.2 Lei de Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher– Lei nº 10.778 de 2003..... | 46 |
| 1.5 O Profissional da Saúde e o Atendimento à Mulher em Situação de Violência..... | 52 |
| 1.6 O Projeto Para Elas por Elas, por Eles, por Nós..... | 59 |
| 2 OBJETIVO GERAL | 61 |
| 2.1 Objetivos específicos | 61 |
| 3 METODOLOGIA | 62 |
| 3.1 Tipo de Estudo | 62 |
| 3.2 Local de Estudo | 62 |
| 3.3 População de Estudo | 66 |
| 3.4 O Questionário | 67 |

| | |
|---|------------|
| 3.5 Instrumento de Coleta de Dados..... | 68 |
| 3.6 Estudo das Variáveis | 72 |
| 3.6.1 Estudo da Frequência Simples | 72 |
| 3.6.2 Associação entre as variáveis | 73 |
| 3.7 Análise dos Dados | 73 |
| 3.8 Aspectos éticos..... | 74 |
| 4 RESULTADOS..... | 76 |
| 5 DISCUSSÃO | 89 |
| 6 CONCLUSÃO | 101 |
| REFERÊNCIAS..... | 107 |
| APÊNDICE..... | 119 |
| ANEXOS | 127 |

1 INTRODUÇÃO

A violência pode ser definida como o resultado da complexa interação de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais. O entendimento de como esses fatores está relacionado à violência é um dos passos importantes para a sua prevenção. Necessita de uma compreensão articulada e ampliada (OMS, 2002).

A violência tem sido considerada como um grave problema de saúde pública e com grande visibilidade na atualidade. No mundo, em 2000, uma estimativa de 1,6 milhão de pessoas morreram vítimas de violência, o que representa 28,8 óbitos por 100 mil habitantes. Desde a década de 1980, o setor saúde, tem-se dedicado à tentativa de compreender as raízes da violência e à prevenção desse fenômeno (OMS, 2002, DAHLBERG; KRUG, 2006).

No Brasil, violências e acidentes representam um importante problema social, com grave impacto econômico nos sistemas de saúde e na segurança pública, além dos danos profundos à saúde e ao bem-estar da população em geral. As causas externas, que englobam as violências e os acidentes, constituem a terceira causa de mortalidade na população geral no país (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

A situação apesar de grave constitui apenas o que se chama a ponta do iceberg, pois os números visíveis correspondem muitos outros invisíveis, envolvendo lesões leves que não demandam cuidados de saúde e que não são notificadas, ou aquelas que permanecem ocultas em virtude dos padrões culturais ou vínculos existentes entre

vítima e agressor, como a situação da violência contra as mulheres (MELO, 2010; OMS, 2002).

A violência contra as mulheres, resultado de um processo histórico de dominação, constitui como um grave problema social, tendo em vista sua elevada incidência. Afeta todas as dimensões da vida de uma mulher, causando impacto negativo para a sua saúde. Presente em todas as camadas sociais, raças e faixas etárias. Nesse sentido, há necessidade de políticas públicas para seu enfrentamento e ações de prevenção que visem romper com o ciclo de violência (BRASIL, 2004c, BRASIL, 2013a; ZAMPROGNO, 2013).

Estudo realizado em 10 países, coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta dados sobre a prevalência da violência contra as mulheres nos países. Assim, identificou altas prevalências de violência física (12,9 a 61,0%), sexual (6,2 a 58,6%) e psicológica (19,6 a 75,1%) perpetrada por parceiros íntimos contra as mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A falta de registro dos casos de violência contra as mulheres por parte dos serviços de saúde é fator de alerta, o que poderia auxiliar no planejamento de ações e enfrentamento da violência. Além do reconhecimento epidemiológico do problema visando estabelecer estratégias de controle (SOUSA *et al.*, 2015). O Governo Federal reconhece a falta de informações acerca desta situação e com o objetivo de traçar estratégias de prevenção, estabelece através da Lei nº 10.778 de 2003 a notificação compulsória, em território nacional, dos casos de violência contra a mulher através do preenchimento da ficha de notificação (SOUSA *et al.*, 2015; BRASIL, 2003).

A implantação da notificação compulsória da violência contra a mulher representa um importante passo para o enfrentamento desse grave problema, pois, as informações geradas podem contribuir para prevenção e controle e a elaboração de novas políticas públicas. Porém, apesar da obrigatoriedade da notificação, há fatores que dificultam sua realização, como, dificuldade do profissional na identificação e reconhecimento da situação de violência e a abordagem (ZAMPROGNO, 2013; SALIBA *et al.*, 2007; KISS; SCHRAIBER, 2011; BARALDI *et al.*, 2012).

A violência é um fenômeno também presente nas áreas rurais, apesar da sua origem e as suas manifestações sejam variadas e pouco investigadas (BRASIL, 2005b). As precárias condições de vida e de acesso a políticas públicas aprofundam as desigualdades entre homens e mulheres na zona rural brasileira. Nos últimos dez anos, os avanços nas organizações rurais e de mulheres vêm se refletindo na implementação de diversas políticas que visam à população rural (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Os altos índices de violência contra as mulheres rurais, a invisibilidade desse problema no campo saúde e as estratégias de intervenção são elementos que causam desconforto no sistema de atenção à saúde. O distanciamento dos recursos de atenção social e de proteção atrelado às grandes distâncias geográficas dos centros urbanos favorece a invisibilidade e o não enfrentamento dessas situações (COSTA; LOPES, 2012). São escassos os estudos e dados com enfoque da violência contra a mulher no campo e na floresta (DARON, 2009; BRASIL, 2011a; COSTA; LOPES, 2012). Bem como, a atuação dos profissionais de saúde nas áreas geograficamente distantes.

Esta pesquisa é parte de um grande projeto de abordagem da violência contra a mulher, de âmbito nacional, intitulado Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência, realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG com o Ministério da Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2015). Assim, o projeto de âmbito nacional surge com intuito de colaborar com a discussão da violência contra a mulher e tem como objetivos principais: a capacitação de profissionais; a organização da rede de atenção; e a produção de conhecimento e de material científico. Sendo uma das atividades do Projeto Para Elas o treinamento em serviço de dez equipes para prestar cuidados à mulher do campo e da floresta, em situação de violência, através de Seminários que foram realizados em 2013 a 2014 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2015).

O presente estudo pode ajudar a compreender as realidades rurais estudadas no que se concerne à abordagem da violência contra a mulher pelos profissionais envolvidos neste atendimento e a legislação vigente (Lei de notificação compulsória). Conhecer as práticas dos profissionais participantes destes territórios e a organização de modo a dar conta da atenção às mulheres em situação de violência.

A relevância deste trabalho atrela-se na escassez de estudos acerca da atuação dos profissionais inseridos nos territórios rurais e a notificação compulsória da violência contra a mulher. Portanto, é de fundamental importância conhecer a real dimensão e o reconhecimento desta situação tão grave no nosso meio. Diante do exposto, este estudo propõe analisar a atuação dos profissionais participantes dos Seminários

Campo e Floresta do Projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência acerca da notificação compulsória da violência contra mulheres.

1.1 Violência Contra as Mulheres: um problema de saúde pública

A expressão “violência contra a mulher” foi inserida pelo movimento feminista há cerca de trinta anos (D’OLIVEIRA, 2000). O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002, coloca a violência praticada contra as mulheres como um importante problema de saúde pública, uma violação dos direitos humanos, representando um risco importante para a saúde das mulheres. Está associada a uma diversidade de resultados em saúde, tanto imediato, quanto em longo prazo, elevando o risco de ter uma vida precária no futuro. Além dos gastos para o custeio das graves consequências desse fenômeno (OMS, 2002).

Atualmente, o tema violência ganhou notoriedade nas discussões nacionais e internacionais, além de ser tema de estudo e pesquisas. Porém, ainda persiste, no Brasil, uma invisibilidade do problema (CARNASSALE, 2012). É uma importante questão para toda a sociedade, uma vez que, permeia por todos os níveis sociais. E, ao falar da violência vivenciada pelas mulheres, apresenta-se de forma perversa, pois, ocorre principalmente no ambiente privado e perpetrado por pessoas do seu convívio (MARINHEIRO, 2002; SCHRAIBER *et al.*, 2002).

A violência contra as mulheres é um grave problema no nosso meio. Aponta as desigualdades e as condições desfavoráveis que muitas mulheres estão inseridas. Ao longo do tempo, em várias sociedades, houve uma naturalização e um processo de

tolerância da violência contra a mulher. Assim, inúmeras são as dificuldades para se conhecer a verdadeira magnitude desse problema, muitas vezes, permeado por costumes e tradição (ÂNGULO-TUESTA, 1997; MOURA *et al.*, 2009). A elevada prevalência da violência contra as mulheres foi apresentada em estudos internacionais (OMS, 2002) quanto em estudos nacionais (D'OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER *et al.*, 2002).

Ao longo dos tempos, a história apresenta exemplos de violência cometida contra os diferentes, como negros, mulheres, crianças, etc. Esta diferença reproduzida em desigualdade tem proporcionado e justificado as situações de violência ainda cometidas pelo ser humano. A violência cometida contra a mulher não é recente, porém, a preocupação com o enfrentamento a essa violência é novo. Como também, o interesse desse fenômeno como área de estudos e pesquisas. E mais recente ainda, a consolidação das leis e estruturas específicas onde, os mesmos podem ser acionados para proteção às vítimas e punição aos agressores (ANDRADE; FONSECA, 2008; WAISELFISZ, 2015).

Nas décadas de 1960 e 70 que, a violência contra as mulheres ganhou notoriedade, inicialmente nos países do norte, quando surge o movimento feminista e sua luta por garantias de igualdade e direitos das mulheres. No Brasil, foi no final da década de 70 e início da década de 1980 que o movimento de mulheres levou a discussão da violência sofrida para o espaço público (MARINHEIRO, 2003).

A atuação do movimento feminista foi de grande importância, ao dar visibilidade ao problema da violência contra a mulher. Com atuação estratégica e diversas

reivindicações, este movimento sensibilizou mulheres e sociedade em geral, e passou exigir do Estado atuação junto às vítimas da violência. Estas ações foram determinantes para mudanças na legislação vigente e a criação de políticas públicas que resguardassem a mulher em situação de violência (HANADA, 2007; OKABE; FONSECA, 2009; ZAMPROGNO, 2013).

O conceito de violência contra a mulher adotada pela Política Nacional fundamenta-se na definição da Convenção de Belém do Pará (1994), artigo 1º, segundo a qual a violência contra as mulheres constitui “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” (FROSSARD, 2006, p. 141).

A definição é ampla e aborda as diferentes formas de violência contra as mulheres, tais como: a violência doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, conforme a Lei nº 11.340 de 2006 (BRASIL, 2012).

Pesquisa realizada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) avaliou a magnitude e o impacto da violência em seis países da América Latina (Brasil, Colômbia, El Salvador, México, Peru e Venezuela), bem como os gastos com a violência em vários segmentos. Expresso em percentuais sobre o Produto Interno Bruto (PIB), em 1997, o custo dos gastos com assistência à saúde, resultantes da violência, foi de 1,9% do PIB no Brasil, 5,0% na Colômbia, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela. Demonstrou também que, 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, o que reduz seus ganhos

financeiros entre 3% a 20%. A violência intrafamiliar representa quase um ano perdido de vida saudável a cada cinco mulheres, entre 15 a 44 anos (BRASIL, 2005a).

O Mapa da Violência, 2015, ressalta que a taxa de homicídio, que em 2003 era de 4,4 por 100 mil mulheres, passa para 4,8 em 2013, crescimento de 8,8% na década. Assim, o Brasil, num total de 83 países, ocupa atualmente a 5ª posição, ficando atrás somente dos países El Salvador, Colômbia, Guatemala e a Federação Russa que apresentaram taxas superiores às do Brasil. Também aponta dados alarmantes, entre 1980 e 2013, foram um total de 106.093 mulheres mortas, vítimas de homicídio. E que, passou de 1.353 mulheres assassinadas em 1980, para 4.762 em 2013, um aumento de 252% (WAISELFISZ, 2015).

Pesquisa realizada pelo Instituto Patrícia Galvão (2013), em parceria com a Secretaria de Política para Mulheres (SPM), coloca que em cada dez entrevistados, sete consideram que as brasileiras sofrem mais violência dentro de casa do que em espaços públicos, metade ainda avalia que as mulheres se sentem de fato mais inseguras dentro da própria casa (INSTITUTOPATRÍCIA GALVÃO, 2013).

Os dados da pesquisa apontam que o problema está presente no cotidiano da maioria dos brasileiros, assim, 54% conhecem uma mulher que já foi agredida por um parceiro e 56% conhecem um homem que já agrediu uma parceira. E revelou ainda significativa preocupação da sociedade com a violência doméstica no Brasil (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2013).

Pesquisa realizada pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) implantado em 2006, com o intuito de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes, constatou através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências interpessoais e autoprovocadas e por meio de Inquéritos em serviços de sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados dados que subsidiam políticas em saúde pública direcionadas a estes agravos. Um total de 113.643 notificações foi registrado nos anos de 2009 e 2010, 75.633 (66,6%), ocorreram entre mulheres, sendo a faixa etária mais acometida de 20 a 39 anos (BRASIL, 2013c).

1.2 Violência contra a mulher na área rural

Em estudo publicado em 2007, por Souza e Lima, relata sobre um processo de propagação da violência para o interior dos estados brasileiros (SOUZA, LIMA; 2007).

Lorenzoni (2007) aponta que a mulher camponesa, em geral, vive no anonimato e na invisibilidade. Seu cotidiano de vida no âmbito familiar raramente é comentado. Diante desse contexto, aponta que é uma realidade quando se trata da questão da violência. Afirma que estas mulheres sofrem violência devida sua condição social, muitas, ainda “vivem à sombra do marido” (LORENZONI, 2007).

Em relação à saúde, Lorenzoni (2007), coloca que, em decorrência da falta de atendimento adequado às suas necessidades, principalmente, ao atendimento específico como os direitos sexuais e reprodutivos, estas mulheres vivenciam a violência. Sinaliza que a forma de organização dos serviços de atenção à saúde, como

os hospitais, e as atitudes de parte dos profissionais de saúde geram violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, o que, muitas vezes reforçam a discriminação (LORENZONI, 2007).

Dados de um amplo estudo realizado pela Universidade de São Paulo sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, onde foram pesquisadas mulheres de uma grande cidade e de uma região de características rurais, sendo a cidade de São Paulo e na Zona da Mata, em Pernambuco. Esta pesquisa entrevistou mulheres de 15 a 49 anos. Assim, revelou que as mulheres que sofreram violência física e/ou sexual relataram mais problemas de saúde do que as mulheres sem história de violência (SOUZA; ADESSE, 2005; SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Assim, demonstrou que 46,4% relataram algum episódio de violência ao menos uma vez por parceiro íntimo em São Paulo, e 54,2% na Zona da Mata Pernambucana. Em relação à violência sexual, 8,3% das mulheres em São Paulo e 10,3% na Zona da Mata relataram já haver sido forçadas fisicamente a ter relações quando não queriam. Na sobreposição dos casos de violência psicológica, física e sexual na vida, o percentual é elevado, assim, 17,2 para o município de São Paulo e 20,2% para a Zona da Mata Pernambucana. Relatam que os resultados apontam a violência como um fenômeno de alta frequência e despertam quanto à sua grande magnitude. É importante que, em geral, as localidades rurais apresentaram taxas mais elevadas que as áreas urbanas (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Aspectos que chamam a atenção neste estudo, a magnitude do problema: uma em cada quatro mulheres em São Paulo,

uma em cada três mulheres na Zona da Mata já sofreram violência física dos parceiros. Esses dados são muito altos e indicam a relevância e urgência do problema.

De acordo com Daron (2009), pesquisa realizada pela Comissão Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais da Confederação Nacional de Trabalhadores da Agricultura Familiar (CONTAG) com 529 mulheres agricultoras sindicalizadas. Destas, 54,8% afirmaram ter sofrido violência nos espaços doméstico e familiar, sendo que destas 31,4% sofreram violência física, 44,2% violência psicológica, 30,8% violência moral, 16,4% violência sexual e 12,3% violência patrimonial. Neste mesmo estudo, evidenciou que 27,4% já sofreram ameaças de morte, 81,6% declararam conhecer outras mulheres trabalhadoras rurais que sofrem violência doméstica e familiar (DARON, 2009).

O texto da ONU Mulheres ressalta que as políticas públicas atingiram bem tardiamente a população rural (BARSTED; PITANGUY, 2011). A Política que contempla as diretrizes e as ações Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, dentre as ações, contemplam a ampliação do alcance da Notificação Compulsória da Violência e a capacitação de profissionais para o atendimento às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011a).

Assim, diante dos dados apontados em pesquisa no meio rural revelam que as mulheres do Campo e da Floresta convivem com as diversas faces da violência, o que necessita de medidas e ações de enfrentamento e combate à violência contra as mulheres, levando em conta a especificidades das demandas destas mulheres (BRASIL, 2011a).

1.3 Marcos Legais e Políticas Públicas para as Mulheres

Este subcapítulo traça um breve histórico sobre as políticas públicas e de mecanismos de defesa dos direitos da mulher. Neste início, serão abordadas as Conferências internacionais que serviram de base para o desenvolvimento de outras políticas e instrumentos no Brasil que contribuíram para o enfrentamento da violência contra a mulher. Posteriormente, serão abordadas as políticas públicas do setor saúde. Assim, compreender um pouco a trajetória das lutas das mulheres por seus direitos.

1.3.1 Instrumentos Internacionais do Direito das Mulheres

A violência contra as mulheres passa a ser pauta de propostas do campo da saúde, nas últimas décadas do século XX, através da atuação do movimento feminista. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a violência contra mulheres como um problema mundial de saúde pública (OMS, 2002; OKABE, FONSECA; 2009)

A Organização das Nações Unidas (ONU) realizou, nas últimas décadas, conferências internacionais para discutir questões referentes ao crescimento populacional, às mulheres, às crianças e aos direitos humanos. Vale ressaltar que, algumas dessas conferências têm fundamental importância na conquista de direitos políticos e sociais para as mulheres. O período de 1976 a 1985 foi declarado pela ONU como a *década da mulher*, culminando com diversas conquistas para as mulheres, como convenções, conferências e tratados que visavam acabar com a violência perpetrada contra as mulheres (CRUZ, 2002; ZAMPROGNO, 2013).

Em 1979, foi realizada, a primeira conferência denominada Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW). É considerado o documento mais importante de defesa dos direitos da mulher. Incluindo duas frentes de propostas: promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher nos Estados-parte. Este documento foi adotado, em 1979, pela Assembleia Geral das Nações Unidas e somente em 1994 foi ratificado pelo Brasil. Conhecida como a Lei Internacional dos Direitos da Mulher (FROSSARD, 2006).

Sob o impacto da atuação do movimento de mulheres, a partir de suas reivindicações que a violência contra a mulher voltou a ser pauta no cenário internacional. Em 1993, em Viena, a II Conferência Internacional de Direitos Humanos, em 1993, redefiniu a fronteira entre espaço público e a esfera privada, superando esta divisão, assim, a violência contra a mulher, antes desta Conferência, não era considerada crime. Assim, seguinte a esta reconfiguração, os abusos passaram a ser interpretados como crimes (ZAMPROGNO, 2013).

Após um grande avanço com a Conferência de Viena, ocorreu a Declaração do Cairo, no ano de 1994, conhecida como Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD). Nesta conferência definiu-se o Plano de Ação, onde compromissos firmados visem melhorar a qualidade de vida das pessoas, por meio da promoção dos direitos humanos. Destacam-se os direitos sexuais e reprodutivos passam a ser considerados no âmbito dos direitos humanos (FROSSARD, 2006).

O avanço da temática da violência contra a mulher e seu amadurecimento contribuiu para também em 1994, outra importante Convenção ocorresse. E aconteceu no Brasil, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos em 1994, e ratificada pelo Brasil em 1995. É o acordo internacional mais importante sobre a violência contra a mulher (FROSSARD, 2006, p.15).

A Convenção de Belém do Pará estabelece que a violência constitui uma violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais contra a mulher. Considera que a violência é uma ofensa à dignidade humana e uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens (FROSSARD, 2006). Assim, esta convenção forneceu parâmetros e princípios norteadores para a Lei Maria da Penha de 2006 (BARSTED; PITANGUY, 2011).

A IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, em setembro de 1995, considerada como a maior e a mais importante das conferências. Assim, sua importância baseia-se na luta pelo fim da violência contra a mulher. Conhecida também como Plataforma de Beijing partiu de uma avaliação dos avanços obtidos das conferências anteriores e de uma análise dos obstáculos a superar, para que as mulheres possam exercer plenamente seus direitos e alcançar seu desenvolvimento integral. Identificaram áreas com preocupação prioritária. Assim, foram discutidas além das questões ligadas aos direitos humanos e combate à violência, temas como saúde, gênero, educação e economia (FROSSARD, 2006).

Outros instrumentos em defesa dos direitos das mulheres foram assinados nas últimas décadas pelo governo brasileiro como: Declaração e Programa de Ação da III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban, 2001) e a Cúpula do Milênio: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000).

1.3.2 Evolução das Políticas Públicas no Brasil

As Convenções e Tratados internacionais e as lutas dos movimentos feministas fizeram com que o Brasil assumisse um compromisso com os direitos humanos e principalmente, com a luta pela erradicação da violência contra a mulher, introduzindo assim, em sua agenda, o enfrentamento desse grave problema. (ZAMPROGNO, 2013).

FROSSARD, 2006 coloca que “o Brasil é signatário dos acordos internacionais que asseguram de forma direta ou indireta os direitos humanos das mulheres bem como a eliminação de todas as formas de discriminação e violência baseadas no gênero”. (FROSSARD, 2006). A participação, as discussões e a assinatura desses tratados internacionais, o país passa a ter a obrigação em desenvolver políticas, implementar leis e programas para prevenir e combater a violência contra as mulheres (ZAMPROGNO, 2013).

As últimas três décadas foram de suma importância para a história das mulheres brasileiras. Avanços alcançados transformaram o seu contexto nas esferas público e privado. Diante à intensa mobilização dos movimentos de mulheres, as demandas entraram na agenda política do Brasil. Importante ressaltar que, esses avanços não

ocorreram de forma uniforme e democrática, considerando as diferenças existentes entre as mulheres (BARSTED; PITANGUY, 2011).

As transformações ocorridas no Brasil, década de 80, fase de transição democrática, ocorreu o resgate das liberdades civis e políticas. Esta década teve sua importância para a organização, por todo o país, de movimentos de mulheres, onde conseguiram, não apenas espaço institucional no novo governo democrático como o reconhecimento da plena cidadania das mulheres (BARSTED; PITANGUY, 2011). Assim, este movimento tinha como duas principais bandeiras: a violência e a saúde da mulher (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

As primeiras políticas públicas surgiram na esfera jurídica e da segurança pública. Somente em 1980 é que se cria o primeiro serviço de atendimento à mulher vítima de violência, o SOS Mulher (ZAMPROGNO, 2013). A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX no Brasil, porém, se limitava às demandas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Este modelo traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica (BRASIL, 2004a).

A criação do Programa Integral de Saúde da Mulher (PAISM) em 1980 veio responder às manifestações dos movimentos de mulheres, com intuito da assistência integral à saúde das mulheres em todas as etapas da sua vida. O PAISM não contemplava ações relacionadas à violência contra as mulheres, como aspecto importante que influencia a saúde destas (BRASIL, 2004a). Assim, esta iniciativa não representou, naquele período, mudanças expressivas na atenção à mulher em situação de

violência, por parte dos serviços de saúde, uma vez que, na prática, as ações priorizadas se restringiram à saúde reprodutiva da mulher (BORSOI; BRANDAO; CAVALCANTI, 2009).

Nos anos posteriores de 1980, as políticas públicas dirigidas à mulher se centraram em torno de dois grandes eixos: saúde e violência (SOUZA; ADESSE, 2005). Na década de 1990, esta lacuna foi preenchida e atualmente, a violência contra a mulher está presente nos princípios e diretrizes, sendo parte integrante do Plano de Ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a).

O Brasil foi um dos primeiros países a instituir órgãos de políticas públicas de gênero como o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), criado em 1985, como um importante marco no enfrentamento da violência contra a mulher. Também na década de 80, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e, em 1986, foi criada a primeira Casa Abrigo, que se constituiu um instrumento da Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra Mulher (BARSTED; PITANGUY, 2011; BRASIL, 2011b).

No período 1992 a 2002, avanços legislativos ocorreram para o enfrentamento da violência contra a mulher. Estes avanços foram possíveis por força da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a plena cidadania das mulheres (BARSTED; PITANGUY, 2011).

A Constituição Federal, promulgada em 1988, representa a conquista de muitos direitos, consolida a fase de transição democrática no país. Representou um avanço

nos direitos sociais dos brasileiros e também representa um marco político institucional e jurídico que reorganizou todo o sistema brasileiro (BARSTED; PITANGUY, 2011). Como marco legal reconhece a igualdade entre homens e mulheres (inciso I do artigo 5º). Em seu 6º artigo, a Constituição Federal Brasileira estabelece os direitos sociais como: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

Ainda em relação à Constituição de 1988, declara em seu artigo nº196 que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, tornou gratuito o acesso à saúde e direito de todo o cidadão (BRASIL, 1988). Portanto, observa-se que o contexto continuava a garantir em favor dos direitos humanos, incluindo assim, os direitos das mulheres.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira no campo da saúde e das políticas sociais, assim, universalizar o atendimento de saúde no Brasil. Foi regulamentado pelas leis federais: a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 2009a).

Em 1988, iniciou-se no país, a organização de serviços para prestar atenção à saúde das mulheres e adolescentes em situação de violência sexual. Elaboração da Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Esta objetivava a redução dos agravos da violência

sexual e a partir da oferta desses serviços, possibilitou a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada (BRASIL, 2011b).

Na década 90, representou um período de consolidação dos valores democráticos, particularmente de direitos civis e políticos. E ampliação dos direitos humanos das mulheres. Houve avanços em âmbito internacional. Cabe ressaltar, nesta década, que ocorreu no Brasil, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, conforme já descrito. No Quadro 1, será apresentado as principais políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência construídas a partir do ano de 2000.

QUADRO1– Principais Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento da violência, a partir de 2000.

| ANO | POLÍTICAS PÚBLICAS |
|------|---|
| 2001 | Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – aprovada pela Portaria no 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001. Objetiva “a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população. De acordo com esta Política, as mulheres vivenciam a violência constituem o público mais frequente dos serviços de saúde (BRASIL, 2005b). |
| 2004 | 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (1ª CNPM) , a elaboração do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Como um todo, o processo envolveu mais de 120 mil mulheres em todas as regiões do país. Aprovadas diversas diretrizes que compõem o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). O PNPM está estruturado em cinco capítulos, sendo um deles refere-se ao enfrentamento da violência contra a mulher (BRASIL, 2005c). |
| 2004 | Implantação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde , com objetivo de implantar Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, assim, articular e facilitar redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violências ou que sofreram acidentes através de ações intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares prevista na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência(BRASIL, 2004b). |
| | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Importância: discussões sobre gênero nas políticas destinadas às mulheres. |

| | |
|------|--|
| 2004 | Busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e o combate à violência doméstica e sexual. Considera a desigualdade de gênero como fator de grande impacto sobre as condições da saúde da mulher e que, portanto, precisa ser levada em consideração (BRASIL, 2011b). |
| 2007 | 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2ª CNPM) , contou com a participação de 200 mil mulheres, onde sistematizou um conjunto de propostas e demandas ao Estado brasileiro. A partir das resoluções da 2ª CNPM, foi elaborado o II PNPM. A 2ª CNPM ampliou o escopo do Plano Nacional, introduzindo novos eixos estratégicos(BRASIL, 2013a). |
| 2007 | Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher Apresenta-se como uma estratégia de integração entre as três esferas de governo acerca das ações de enfrentamento à violência contra as mulheres e de descentralização das políticas públicas referentes à temática. Contém cinco eixos estruturantes e tem como objetivo principal: “ <i>enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma visão integral deste fenômeno</i> ”(BRASIL, 2011b). |
| 2011 | 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (3ª CNPM) participação de 200 mil pessoas de todo o país. Como resultado, o PNPM 2013-2015, com maior inserção ainda das temáticas de gênero. O enfrentamento da violência contra as mulheres ganha força e destaque. No capítulo 4, o objetivo geral visa reduzir os índices de todas as formas de violência contra as mulheres. E o capítulo 7, trata das políticas públicas e ações voltadas para os instrumentos e recursos que dão acesso a produção das mulheres no campo e na floresta. O fortalecimento econômico através da autonomia econômica das mulheres, e o direito à vida de qualidade das mulheres no meio rural. (BRASIL, 2013a). |

A partir do ano de 2000, acentuando-se a luta pela democratização dos direitos humanos e pela cidadania impulsionou a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM), que se efetivou em 2003 (BRASIL, 2011b).

A SPM representou um marco no reconhecimento e em relação às reivindicações das mulheres. Reconhece que em uma sociedade democrática, a igualdade entre homens e mulheres é estruturante dos direitos humanos. É de suma importância no combate à desigualdade e vulnerabilidade que definem a condição da mulher em nossa sociedade. Busca assegurar que o Estado seja capaz de combater as profundas tradições culturais que persistem em relegar as reivindicações das mulheres (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2011b).

De importância expressiva, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres foi construída a partir de 2004, a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). O PNPM possui como um de seus eixos o enfrentamento à violência contra a mulher, que por sua vez, define como objetivo a criação de uma Política Nacional. Esta política encontra-se em consonância com a Lei 11.340 de 2006 (Lei Maria da Penha) e as convenções e tratados internacionais. Elaborada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência tem por finalidade: “por estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência”. Representou também uma mudança na forma de intervenção do Estado no combate à violência, especialmente pela sua responsabilidade central no enfrentamento a este fenômeno (BRASIL, 2011b).

Apesar dos progressos alcançados no que se concerne o enfrentamento da violência contra mulher, observa-se que são necessárias muitas lutas para a sua consolidação. Ainda, por ser um fenômeno ainda presente na vida de milhões de brasileiras (BRASIL, 2011b).

Em 2003, tem-se um grande avanço com a implementação da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, a Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de todo caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde público ou privado

(BRASIL, 2003). Esta Lei será abordada com mais detalhes, por ser tema central desta pesquisa.

A densa mobilização nacional das mulheres conseguiu também pressionar o Estado brasileiro, levando-o a aprovar, em 2006, a Lei nº 11.340, cunhada como Lei Maria da Penha. A Lei Maria da Penha foi inspirada na Convenção Belém do Pará, de 1994, que ampliou a extensão dos repertórios conceituais relativos às múltiplas práticas da violência contra a mulher (BRASIL, 2012; COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO, 2013).

A Lei Maria da Penha surge como resultado de um esforço dos movimentos de mulheres e poderes públicos no enfrentamento à violência doméstica e familiar e o alto índice de morte de mulheres no País. Apresenta algumas diretrizes para as políticas públicas, como a promoção de estudos e pesquisas com perspectiva de gênero; a promoção e realização de campanhas educativas de prevenção à violência doméstica e familiar; a capacitação dos profissionais que trabalham com o tema. Além da preocupação com a prevenção da violência e proteção das vítimas, o Estado também tem a responsabilidade de ajudar na reconstrução da vida das mulheres (BRASIL, 2012).

O Relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre Violência contra a Mulher (CPMIVCM), lançado em julho de 2013, retratou a situação da implementação da Lei Maria da Penha em todo o país. Entre os problemas constatados pela CPMI estão o reduzido número de serviços e sua concentração nas capitais, recursos humanos incompatíveis com o volume de atendimentos e procedimentos que tramitam

por seus espaços, aliados à deficiência na qualificação dos profissionais e à inexistência de sistemas de informações que permitam monitorar e avaliar as respostas institucionais e sua eficácia no enfrentamento à violência contra as mulheres (COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO, 2013).

As mudanças na legislação e a construção de políticas públicas são fundamentais e necessárias, porém, sozinhas, não asseguram de forma efetiva o combate do problema da violência contra a mulher. É necessário, o envolvimento de uma sociedade e dos profissionais envolvidos na abordagem e atendimento das mulheres em situação de violência (OLVEIRA, 2011; ZAMPROGNO, 2013).

1.4 Notificação da Violência como Estratégia de Vigilância em Saúde

1.4.1 Breve histórico da Vigilância Epidemiológica e o Sistema de Informação no Brasil

– SINAN

O perfil epidemiológico brasileiro apresentou mudanças ao longo do tempo. Nas últimas quatro décadas, seguindo a tendência mundial, o que resulta em modificações nos padrões de ocorrência de patologias, assim, um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (MALTA, 2006).

A expressão vigilância epidemiológica passou a ser utilizada ao controle das doenças transmissíveis na década de 1950, para designar uma série de atividades decorrentes à etapa de ataque da Campanha de Erradicação da Malária (BRASIL, 2009b).

Em 1975, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), recomendado pela 5ª Conferência Nacional de Saúde. Esse instrumento tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis selecionadas, constantes da relação estabelecida. Em 1977, foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica. Assim, todos os estados passaram a estruturar órgãos responsáveis pelo desenvolvimento do SNVE (BRASIL, 2009b).

O conceito da vigilância epidemiológica incorporado pelo SUS como:

um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 2009b).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, em 1990, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) passou por profunda reorganização, para adequar-se aos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2003, veio reforçar uma área estratégica do Ministério da Saúde, fortalecendo e ampliando as ações de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009b).

De acordo com o Ministério da Saúde, 2009, a vigilância epidemiológica coleta, processa e realiza a análise de dados, recomenda medidas de prevenção e controle apropriadas, promove ações de prevenção e controle indicadas, e realiza a avaliação da eficácia das medidas adotadas. Tendo sua importância para a saúde pública no Brasil (BRASIL, 2009b).

As profundas transformações no perfil epidemiológico das populações, o crescente aumento das mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas, têm implicado na incorporação de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo de atividades da vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009b). Assim, uma preocupação anterior que era voltada para as doenças infecciosas e contagiosas, hoje perpassa pelos agravos ocasionados pela violência e por outras causas externas, que causam graves prejuízos à saúde (ZAMPROGNO, 20013).

No que se concerne à Vigilância da Violência, no Brasil, o Sistema de Vigilância Epidemiológica em Violência e Acidentes está baseado no monitoramento dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DATASUS) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Essas bases de dados são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e tem fácil acesso. As análises ressaltam o grande impacto que essas causas determinam sobre a vida e a morte dos brasileiros, colocando a questão na dimensão de um problema social que precisa ser mudado (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) contém as informações das instituições públicas e conveniadas/contratadas pelo SUS, engloba cerca 80% da assistência hospitalar do País. O Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) contempla, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas do país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Em relação à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos (DO) preenchidas (BRASIL, 2005b).

Importante ressaltar que, esses sistemas não fornecem informações detalhadas sobre a ocorrência, suas consequências e o perfil da vítima e do provável autor da agressão, nos casos de violência (BRASIL, 2009b). Considerando as limitações do SIM e SIH/SUS em descrever as características dos casos de violência cujo desfecho tenha sido óbito ou a internação, respectivamente. Assim, apenas com a análise de dados do SIM e SIH/SUS as causas externas são subdimensionadas, como também não forneciam informações suficientes para desencadear ações de enfrentamento das violências e acidentes (BRASIL, 2009a; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

Portanto, a maior limitação desses sistemas de informação é a falta de registro dos casos que não chegam a óbito e não demandam internação, ou seja, a violência que chega aos ambulatórios e serviços da rede básica. Assim, o Ministério da Saúde toma a iniciativa para a elaboração de um instrumento que solucionasse essa lacuna (GALVÃO, DIMENSTEIN, 2009).

Diante do exposto, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilitará conhecer a magnitude desses graves problemas, assim, subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a estes agravos, buscando preveni-los (BRASIL, 2013c). A implantação do sistema VIVA é realizada na tentativa de se obter um diagnóstico mais sensível de casos de causas externas que demandam atendimentos na rede de saúde, especialmente aqueles não reconhecidos e não incorporados ao SIM e ao SIH/SUS (BRASIL, 2013c; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356 foi estruturado em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela. Assim, o VIVA/SINAN, é formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, e o Viva Inquérito, sob a modalidade de inquérito sobre violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência (BRASIL, 2013c).

O componente de vigilância contínua – Viva contínuo – objetiva descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências). Permite caracterizar o perfil das vítimas de violências atendidas, tipo e local das violências. Assim, essa coleta de dados ocorre de maneira contínua deste 1º de agosto de 2006 (MELO, 2010). Melo (2010) ressalta que o VIVA tem o intuito de construir um diagnóstico mais apurado em relação ao impacto das violências e acidentes na população brasileira, e assim, subsidiar a construção de políticas públicas de enfrentamento e combate das violências.

Okabe e Fonseca (2009) colocam que o monitoramento da violência de gênero no setor saúde no país, ocorre a partir dos sistemas de informação existentes relacionados à mortalidade, à morbidade e à notificação compulsória da violência contra a mulher (OKABE; FONSECA, 2009). A partir de 1998, o uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi regulamentado, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal. A partir de 2003, a gestão nacional do sistema passou a ser da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). O SINAN consiste na coleta dados

através da notificação compulsória de doenças e agravos, implantado de forma gradual a partir de 1993 (BRASIL, 2007).

A utilização do SINAN permite um diagnóstico dinâmico, identificando a realidade epidemiológica de um determinado espaço geográfico, assim, apontar os riscos para a população. Além disso, permite o conhecimento por parte dos profissionais de saúde que estão atuando na rede daquele território e fornecer subsídios para explicações causais dos agravos (BRASIL, 2007).

A notificação da violência foi definida como compulsória em 2003, através da Lei nº 10.778, e teve sua ficha e seu fluxo estabelecidos em 2004, através da portaria nº 2.406 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Porém, foi em 2006 que a notificação de violência teve seus dados sistematizados através do Sistema VIVA. E, somente em 2009, o componente contínuo do Sistema VIVA foi incorporado ao SINAN tendo como base as informações constantes na ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências. Essa conquista política e técnica ampliaram as ações e as noções de vigilância das violências para além dos serviços especializados no atendimento aos casos de violência (BRASIL, 2013c).

1.4.2 Lei de Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher– Lei nº 10.778 de 2003

A violência contra a mulher, apesar de configurar problema de alta relevância e de elevada incidência, apresenta pequena visibilidade social, e o registro no Sistema Único de Saúde destes casos é fundamental para dimensionar o problema e suas

consequências, a fim de contribuir para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todos os níveis (BRASIL, 2004c; OKABE, FONSECA; 2009).

A Lei de Notificação de Compulsória de Violência Contra a Mulher, a Lei nº 10.778 de 2003 (ANEXO B; BRASIL, 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 em todo território nacional”. Adota o conceito “*violência contra a mulher*” definida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (ANEXO B; BRASIL, 2003).

Em seu 1º artigo, no 2º parágrafo, a Lei compreende a violência contra a mulher incluía violência física, sexual e psicológica que:

- I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
- II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e
- III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (ANEXO B; BRASIL, 2003).

Em seu 3º artigo, a Lei nº 10.778/03 estabelece que a notificação compulsória dos casos de violência tem caráter sigiloso.

A responsabilidade jurídica do profissional de saúde em relação ao preenchimento da notificação vai de encontro com a lei, que estabelece a obrigação dos profissionais a realizar a notificação dos casos de violência atendidos. Assim, em seu artigo 5º,

dispõe que a “inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis” (ANEXOB; BRASIL, 2003).

Regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.099 de 2004, que institui “Os serviços de referência sentinela aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher”. E pela Portaria nº 2.406/GM, de 5 de novembro de 2004 (BRASIL, 2004c).

Importante ressaltar que a notificação deve ser realizada tanto para suspeita quanto para a confirmação da violência. Faz-se necessário diferenciar a notificação da denúncia. A notificação é uma comunicação formal e institucional acerca de alguma situação específica. Portanto, em si, não instaura uma denúncia, contudo nada impede que, paralelamente à notificação, esta seja efetuada. Já denúncia é o nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público. Assim, compete ao setor saúde, a comunicação formal da notificação, sendo reservada às outras instâncias a instauração ou não da denúncia (BRASIL, 2005d).

Inicialmente, a notificação da violência segue os mesmos princípios de qualquer notificação compulsória de agravos à saúde. Deve ser antes de qualquer coisa, um instrumento de vigilância epidemiológica, de modo a permitir a traçar o perfil epidemiológico de uma determinada situação, em uma determinada área, com vista à construção de políticas públicas voltadas na realidade local (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

A Portaria nº 2.406 de 5 de novembro de 2004 relata que o Brasil é signatário e está comprometido com a efetivação dos instrumentos internacionais de defesa e proteção dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, violência contra a mulher é um problema de alta relevância por seu elevado número de casos e, ao mesmo tempo, pouca visibilidade social, “institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher” (BRASIL, 2004d). E, determina, em seu 3º que a notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo:

I – “o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima;
II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio;
III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS” (BRASIL, 2004d, p. 25).

O instrumento faz parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como já descrito. É composto por uma folha, e suas questões estão subdivididos em campos, que englobam desde dados gerais, dados complementares sobre a pessoa atendida, dados da ocorrência, tipologia da violência e alguns campos específicos caso a violência seja sexual, dados do provável autor da agressão, os dados sobre evolução e encaminhamento, no setor Saúde e fora dele, além da circunstância da lesão definida pelo CID 10 (Código Internacional de Doenças) e informações sobre encaminhamentos (ANEXO C; GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009; SOUSA *et al.*, 2015).

A Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, o Ministério da Saúde define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). Assim, em seu 1º artigo, define agravo como

“qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas”. Em seu 2º artigo, adota, na forma do Anexo a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória (LNC), é composta por doenças, agravos e eventos selecionados de acordo com critérios de magnitude, potencial de disseminação, disponibilidade de medidas de controle e compromissos internacionais com programas de erradicação, entre outros fatores. Com a inclusão da violência doméstica, sexual e outras formas de violência, a relação da LNC passa a contar com 45 itens (ANEXO D; BRASIL, 2011d).

A notificação visa à produção de informações acerca da violência e não somente atender as legislações vigentes, que dispõem dos casos suspeitos ou confirmados da violência contra a mulher. Os registros quando devidamente preenchidos possibilitam o conhecimento da situação e conseqüentemente a visibilidade do fenômeno, visando o rompimento da violência vivida. É fundamental para um diagnóstico mais preciso da magnitude desse fenômeno (GARCIA, 2011; COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO, 2013).

Porém, na atuação profissional, alguns estudos apontam a dificuldade do profissional de saúde em reconhecer a violência, assim, identificá-la e abordá-la (KISS; SCHRAIBER, 2011; BARALDI *et al.*, 2012). Assim, Zamprogno (2013) coloca que os profissionais de saúde deixam de realizar a notificação e direcionar muitos casos de violência, ou por não estarem preparados a identificar o abuso vivenciado, ou desconhecerem o procedimento e encaminhamento a serem realizados, ao diagnosticar um caso de violência.

O caráter compulsório da notificação gera responsabilidades formais para todo cidadão, e uma obrigação inerente ao exercício das profissões na área da saúde. Apesar disso, a notificação muitas vezes não é realizada, o que ocorre por desconhecimento de sua importância e, também, por descrédito nas ações que dela devem resultar (BRASIL, 2009a). Apesar destas e outras regulamentações, a subnotificação ainda é significativa no setor saúde (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; SALIBA *et al.*, 2007; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

O sistema de notificação deve estar voltado para a sensibilização dos profissionais e da população, com o intuito de melhorar a qualidade dos dados coletados mediante o fortalecimento e ampliação da rede. Todas as unidades de saúde devem fazer parte do sistema, bem como os profissionais de saúde e mesmo a população em geral (BRASIL, 2009a).

A notificação da violência, além de ser um instrumento de ação da vigilância epidemiológica, é uma importante ferramenta de articulação intra e intersectorial, de organização dos serviços de saúde, de garantias de direitos e proteção social. Outro desafio concerne em sensibilizar gestores e profissionais de saúde para a importância da notificação e do processo de formação permanente, capacitando-os para atuar nas diversas áreas: vigilância, prevenção, atenção e promoção da saúde. Por fim, o desafio é fazer com que as informações coletadas gerem ações de intervenção, garantias de direitos e a prevenção das violências, promovendo a qualidade de vida da população (MELO, 2010).

Gonçalves e Ferreira (2002) colocam como desafios para o cumprimento da Lei nº 10.778 de 2003 a:

escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar e a falha na identificação da violência no serviço de saúde.

1.5 O Profissional da Saúde e o Atendimento à Mulher em Situação de Violência

As transformações sociais, econômicas, políticas em nossa sociedade tem gerado uma alteração no perfil dos agravos. Assim, os profissionais de saúde se deparam com novos e desafiadores problemas em sua prática cotidiana, como a violência contra a mulher.

As consequências provocadas pela violência contra as mulheres traduzem-se em vários agravos à saúde física, reprodutiva e a saúde mental e, em alguns casos são fatais. Agravos como dores crônicas, depressão, infecção urinária de repetição, abuso de drogas, dentre outros. Estas consequências da violência levam a desequilíbrios em todos os níveis da sociedade: emocional, familiar e econômica (ÂNGULO-TUESTA, 1997; SCHRAIBER *et al.*, 2005; GARBIN *et al.*, 2006).

A situação de violência, em geral, faz com que muitas mulheres busquem por auxílio nos serviços de saúde, assim, se tornam frequentes nestas unidades. A percepção dos profissionais a identificar e ter uma postura diferenciada neste atendimento, muitas vezes, é dificultada, pois perpassa de forma camuflada. Assim, a importância do serviço de saúde e seus profissionais em acolher, identificar e minimizar os danos causados por esta situação (ZAMPROGNO, 2013).

Os serviços de saúde podem desempenhar um papel fundamental na prevenção deste problema, auxiliando a identificar a situação precoce de violência, proporcionando um cuidado e tratamento adequado. Estes serviços devem ser locais aptos a oferecer um suporte adequado e apoio a estas mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). A atenção básica, por sua maior cobertura e contato com as mulheres é essencial na identificação dessa situação, em suma, os profissionais de saúde são os primeiros a terem informação do problema da violência. Desta maneira, ocupam um lugar estratégico nesta detecção. No entanto, há dificuldades destes profissionais em reconhecer os casos de violência (SCHRAIBER *et al.*, 2002).

A identificação dos casos é um desafio a vencer e muitos estudos demonstram a dificuldade dos profissionais de saúde em identificar, detectar e prestar assistência às mulheres em situação de violência no Brasil. Episódios são recorrentes e podem se tornar mais graves (D'OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER, 2002 *et al.*; SCHRAIBER *et al.*, 2005; HANADA, 2007; ZAMPROGNO, 2013).

Como discorre Lettiere, Nakano e Rodrigues(2008), o setor saúde, muitas vezes, não oferece uma resposta adequada em relação à violência, limitando a cuidar das lesões que são visíveis, ações restritas e não contam com os instrumentos capazes de identificar o problema. Há relato também acerca da fragmentação do processo de atenção à saúde.

D'OLIVEIRA, 2011, em seu estudo, como resultado, demonstra que, os espaços de reconhecimento da violência direcionam-se para os espaços freqüentados pelas mulheres em busca de apoio às necessidades de saúde. E o contato com as mulheres

auxilia na abordagem do problema e na prevenção ocorrências mais graves. No entanto, a realidade mostra a dificuldade no manejo para o reconhecimento e enfrentamento da violência nos serviços de saúde (D'OLIVEIRA, 2011).

Figueiredo *et al.*(2012), em um estudo cujo objetivo foi apresentar a prevalência de mulheres vítimas de violência notificadas pelo SINAN, período de 2009 e 2010, no município de Porto Alegre, aponta em relação à dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde na adoção da notificação como conduta, apesar da exigência legal. Assim, ressalta a necessidade dos profissionais da saúde o conhecimento desse processo, tendo como uma ferramenta que visa interromper atitudes e comportamentos violentos.

Diante do impacto da violência na vida das mulheres, o setor saúde como acesso para estas mulheres é necessário a qualificação dos profissionais na abordagem e atendimento. Assim, identificar, diagnosticar os casos de violência, como também notificá-los. A legislação vigente, a Lei nº 10.778 de 2003, é de suma importância, porém, depende da atuação, envolvimento e intervenção dos profissionais responsáveis pela identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher (ZAMPROGNO, 2013).

Por fim, a qualificação dos profissionais de saúde de maneira adequada e a sua integração são necessárias, de modo a torná-los chaves na formação e fortalecimento das redes intersetoriais para a assistência e proteção das vítimas. A interação com outros setores é de suma importância com uma atuação multidisciplinar, portanto uma

atitude diferenciada diante do reconhecimento do problema da violência vigente (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

1.5 As Populações do Campo e da Floresta e das Águas

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2013, define estas populações como comunidades e povos que têm seus modos de vida e produção social relacionados predominantemente com a terra. São os agricultores, camponeses, trabalhadores rurais assentados ou ainda comunidades tradicionais como ribeirinhas e quilombolas. O histórico da realidade rural brasileira é baseado na concentração de terra e riqueza, marginalização de famílias e mulheres camponesas. É importante ressaltar as lutas populares de resistência ao modelo autoritário. Atualmente, são diversos movimentos sociais do campo e da floresta (BRASIL, 2013d).

O Censo Demográfico 2010, no Brasil, a população rural representava um total de 29.830.007. As mulheres correspondem a quase a metade da população rural. Assim, são mais de 14 milhões de mulheres no meio rural, representando 48% da população destas áreas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A Portaria nº 85, de 10 de agosto de 2010 ressalta que as mulheres do campo e da floresta têm sua vida bastante marcada pelas características dos lugares em que vivem. São locais isolados e não oferecem acesso rápido aos recursos e serviços ofertados pela vida urbana. O que propicia maiores condições para a persistência das desigualdades entre homens e mulheres e, portanto, níveis elevados de violência

contra a mulher. Assim, o fator territorialidade tem predomínio na vida dessas mulheres, no que se concerne à desigualdade de gênero e a vivência da violência (BRASIL, 2011a).

Esta Portaria também traz a definição para Mulheres do campo e da floresta:

são as mulheres trabalhadoras rurais, mulheres que vivem no campo, na ruralidade e na floresta, agricultoras familiares, as extrativistas, catadoras de côco, de babaçu e as seringueiras (BRASIL, 2011a).

O fenômeno da violência contra as mulheres do campo e da floresta ainda sem reconhecimento e a escassez de dados dificultam a construção de políticas públicas. Torna-se, então, um desafio a implementação de políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta (BRASIL, 2011a). Os estudos mais frequentes apontam os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, referentes ao acesso da mulher à terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, dentre outras (BRASIL, 2013d).

A violência a que estas mulheres estão submetidas envolve privação da liberdade, perpassando pela agressão física, abuso sexual e ofensas. Neste processo, a exploração pelo trabalho doméstico, a dominação social e a opressão de gênero são elementos fundamentais que sustentam a análise do fenômeno da violência contra as mulheres (DARON, 2009).

O Contra-Informe da Sociedade Civil ao VI Relatório Nacional Brasileiro à CEDAW, período 2001- 2005 é uma contribuição do movimento feminista e de mulheres para garantir o cumprimento efetivo da CEDAW pelo Estado Brasileiro, apresentado em julho de 2007. Este documento aponta questionamentos sobre a fragilidade da situação das

mulheres no país, agravada quando diz respeito às moradoras da zona rural, afrodescendentes, indígenas, moradoras urbanas de menor poder, idosas e outros grupos de mulheres marginalizadas ou excluídas da sociedade. Evidencia a persistência de desigualdades de gênero, no que concerne às dificuldades de acesso às políticas públicas, aos bens públicos e ao bem-estar social. Desigualdades que se acentuam e dificultam o avanço das mulheres na sociedade (AGENDE,2007).

Daron (2009) coloca que o campo e a floresta são lugares construídos socialmente e com historicidade. As vozes das mulheres do campo e da floresta organizadas através das lutas e marchas exigiram políticas públicas para o enfrentamento e o fim da violência, que culminou na Marcha das Margaridas e na criação do Fórum Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta em 2007.

A Portaria nº 85, de agosto de 2010, já citada, instituiu as Diretrizes de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, compreendidas no âmbito do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, da Política e do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, e referendadas pelo Fórum Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta (BRASIL, 2011a).

Os desafios para a implementação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento à violência contra as mulheres do campo e da floresta foram colocados neste Fórum como: a inexistência de diagnósticos sobre o fenômeno da violência contra estas mulheres; serviços especializados de atendimento à mulher em situação

de violência concentrados nas cidades de maior porte; a dificuldade de acesso dessas mulheres à infraestrutura social e o isolamento territorial (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde considerou desfavoráveis as condições de saúde das populações do campo e floresta e com o objetivo de diminuir as iniquidades em saúde, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e definiu estratégias para a sua implementação no País (BRASIL, 2013d). Assim, a PNSIPCF é considerada um marco histórico na saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. Assim, é uma política transversal, composta por objetivos, diretrizes e estratégias que exigem responsabilidades da gestão estadual, municipal e sociedade civil voltada para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional (BRASIL, 2013d).

Estas populações estão sujeitas as vulnerabilidades e as dificuldades de acesso a bens e serviços de saúde, em especial, as mulheres. Portanto, faz-se necessário, o desenvolvimento de estratégias, voltadas para ações intersetoriais, com interfaces nas questões saúde, articulação com outros órgãos e movimentos sociais, melhorias dos sistemas de informação, assim, garantir a realização de estudos e pesquisas sobre esta população e a garantia de serviços de qualidade adequados ao atendimento das necessidades de saúde nos diversos níveis de atenção (BRASIL, 2013d).

1.6 O Projeto Para Elas por Elas, por Eles, por Nós

O Projeto “Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós” é um projeto de âmbito nacional, com foco na Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência. Elaborado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/FM/UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde. Tem como uma de suas metas contribuir com as ações estratégicas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher e Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2013).

O lançamento do Projeto intitulado “**PARA ELAS. Por elas, por eles... Por nós**”, foi realizado nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2013, no Campus da UFMG em Belo Horizonte. Este primeiro Seminário contou com a participação de representantes de todos os estados brasileiros. Assim, este Seminário foi um espaço de articulação, interação e integração dos profissionais e gestores proporcionando a produção de conhecimento sobre o tema Violência contra a mulher (CAIXETA, 2015).

O Projeto Para Elas propõe as seguintes metas para o enfrentamento da violência contra as mulheres:

1. Realização de cinco seminários macrorregionais.
2. Treinamento em serviço de 10 equipes para atenção à mulher do campo e da floresta.

3. Realização de curso a distância para 1.350 profissionais de saúde em todo o país.
4. Realização de cursos de aperfeiçoamento para 60 profissionais multiplicadores.
5. Mapeamento da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.
6. Produção de material científico.

Os dez Seminários regionais realizados pelo Projeto Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência tiveram papel de suma importância ao apresentar o projeto aos municípios sedes das cinco regiões brasileiras. Este ambiente possibilitou a participação, articulação e a integração de pontos importantes que compõem a rede de atenção às pessoas em situação de violência por meio da aplicação de questionários.

Alguns dos objetivos dos Seminários foram discutir o contexto da violência, as soluções propostas e as redes de atenção e em relação aos profissionais participantes, compreender sua percepção sobre a violência. Uma das formas para o alcance foi através da aplicação dos questionários.

Este estudo está vinculado ao Projeto maior, o “Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós”, que prevê ações desenvolvidas no Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal. Assim, esta pesquisa abordará a atuação dos profissionais dos dez Seminários regionais do Campo, Floresta e das Águas no que se concerne à notificação compulsória da violência contra a mulher.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação dos profissionais de saúde participantes dos dez Seminários Campo e Floresta do Projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência acerca da notificação compulsória da violência contra mulheres.

2.1 Objetivos específicos

1. Identificar o percentual dos profissionais que já realizaram a notificação tanto da suspeita quanto dos casos confirmados da violência contra a mulher;
2. Verificar a possível associação entre o atendimento da suspeita/ situação de violência e as atitudes tomadas pelo profissional;
3. Conhecer as principais dificuldades no preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória da Violência contra a Mulher;
4. Identificar a possível associação entre a garantia de recursos (para ações de combate à violência), a oferta da capacitação para os profissionais e a realização da notificação compulsória.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. Teve como instrumento de coleta de dados a aplicação de um questionário semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas, respondido pelos participantes in loco do Projeto “Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós”, realizado nos dez municípios do Campo, Floresta e das Águas, Brasil, no período de 2013 e 2014. Tendo como eixo temático a notificação da violência contra a mulher.

3.2 Local de Estudo

O local de estudo contempla os dez municípios de Campo, Floresta e das Águas, onde o Projeto Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência denominado “Para elas, Por elas, Por eles, Por Nós” foi realizado. Estes dez municípios são sede das cinco regiões brasileiras, municípios considerados prioritários, referências das regiões macrorregionais identificados pelo Ministério da Saúde.

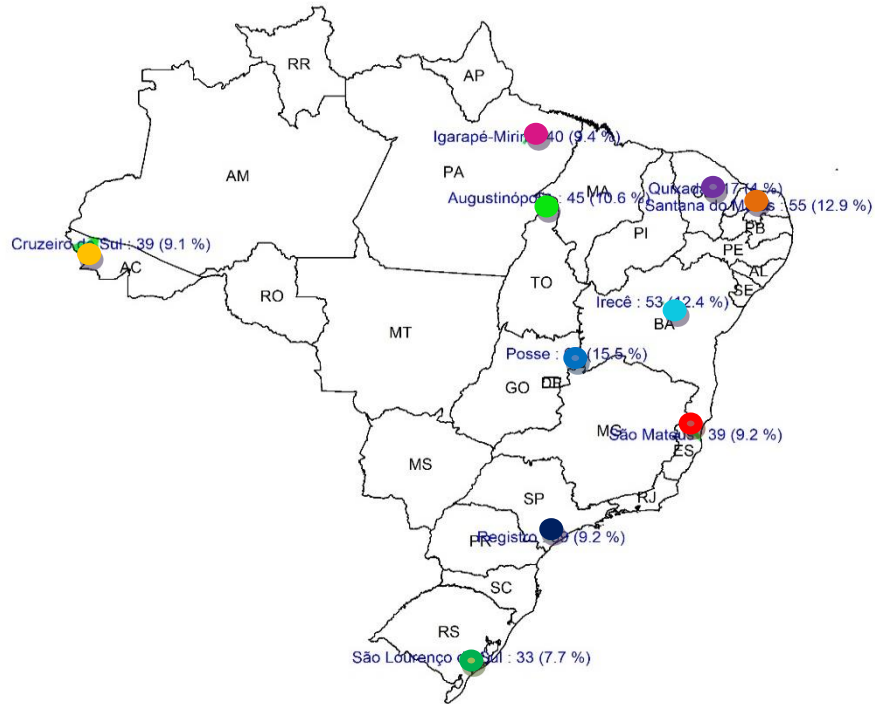
Os Territórios identificados estão inseridos entre os dez Territórios da Cidadania onde o Fórum Nacional Permanente acompanha a implantação de medidas de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do Campo e da Floresta (BRASIL, 2011a).

Os territórios da Cidadania foram implantados, conforme o decreto oficial de 25 de fevereiro de 2008, identificados pelo Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA) em 2003. São consideradas áreas com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), com maior organização social, e maior concentração de assentados, agricultores familiares, quilombolas e povos indígenas (BRASIL, 2008). A escolha para a realização da coleta de dados nos municípios sede dos Seminários se deu pela possibilidade de maior concentração de pessoas, provenientes destas regiões e da macrorregião, convidadas a participar dos seminários em questão, assim, garantindo uma população representativa das regiões envolvidas.

Os municípios participantes dos Seminários e identificados como Territórios da Cidadania são:

1. São Mateus – Espírito Santo 
2. Posse – Goiás 
3. São Lourenço – Rio Grande do Sul 
4. Quixadá – Ceará 
5. Cruzeiro do Sul – Acre 
6. Santana dos Matos – Rio Grande do Norte 
7. Igarapé Miri – Pará 
8. Augustinópolis – Tocantins 
9. Irecê – Bahia 
10. Registro – São Paulo 

FIGURA 1 – Mapa das regiões Brasileiras apresentando os Municípios pólo referidos pelo Ministério da Saúde, 2011.



Fonte: Elaboração própria, “Projeto PARA ELAS, Por elas, Por eles... Por nós”. Apresenta a frequência absoluta e relativa da participação dos profissionais em cada um dos Seminários realizados.

QUADRO 2– Dez municípios Territórios da Cidadania e suas características quanto população feminina, população rural feminina e o ranking estadual quanto o feminicídio.

| REGIÕES | CARACTERÍSTICAS |
|---------|--|
| Sudeste | <p>O Território Norte, neste estudo, é representado pelo município Sede São Mateus. A população deste município, 2010, estimada em 109.028 habitantes, a população total de mulheres de 55.098, e a população rural feminina de 9.501. O Espírito Santo ocupa a 2ª posição no ranking do feminicídio no Brasil, em 2013, com uma taxa de 9,3 por cem mil mulheres, segundo Mapa da Violência, 2015.</p> <p>O Território: Vale Do Ribeira, neste estudo, representado pelo município Sede Registro. Este município contava com população estimada em 2010 de 54.261 habitantes, sendo a população total de mulheres de 27.605 mulheres e a população rural de 2.860 mulheres. O Estado de São Paulo ocupa posição de 27ª no ranking de feminicídio do país, em 2013, com uma taxa de 2,9 por cem mil mulheres de acordo com Mapa da Violência, 2015.</p> |
| Sul | <p>Território Zona Sul do Estado, neste estudo, representado pelo município Sede São Lourenço do Sul. O município contava com população estimada de 2010 de 43.111, a população total de mulheres de 21.488 e a população rural de 8.830 mulheres.</p> <p>O Estado do Rio Grande do Sul ocupa 24ª posição no ranking nacional, em 2013, com uma taxa de homicídios de 3,8 por cem mil mulheres, segundo Mapa da Violência, 2015.</p> |
| Norte | <p>O Território Baixo Tocantins/PA representado, neste estudo, pelo município Sede Igarapé Miri/Pará contava com população estimada de 2010 de 58.077 sendo a população total de mulheres de 28.403 e a população rural de 14.330 mulheres. Quando analisadas as taxas de homicídios, o Estado do Pará ocupa a 10ª posição no ranking nacional, em 2013, com uma taxa de 5,8 por cem mil mulheres, segundo Mapa da Violência, 2015.</p> <p>O Território Vale Do Juruá/AC, neste estudo, representado pelo município Sede Cruzeiro do Sul. A população deste município, 2010, estimada em 78.507 habitantes, a população total de mulheres de 39.287 e a população rural feminina de 8.562. O Estado do Acre ocupou a ocupou a 5ª posição no <i>ranking</i> nacional em 2013, com taxa de 8,3 homicídios femininos por cem mil mulheres de acordo com o Mapa da Violência, 2015.</p> <p>O Território Bico do Papagaio, neste estudo, representado pelo município Sede: Augustinópolis. O município possui contava com população estimada de 2010 de 15.950, sendo a população total de mulheres de 7.945 e a população rural de 744 mulheres.</p> <p>O Estado de Tocantins ocupou a 13ª posição no <i>ranking</i> nacional em 2013, com taxa de 5,7 homicídios femininos por cem mil mulheres de acordo com o Mapa da Violência (WAISELFISZ,2015).</p> |
| | <p>O Território de estudo Irecê, neste estudo, representado pelo município Sede Irecê. Este é pertencente à mesorregião do Centro-Norte Baiano, população estimada de 2010 de 66.181 habitantes. A população feminina de 34.163 e a população rural de 1.320 mulheres. O Estado da Bahia ocupou a 12ª posição no <i>ranking</i> nacional em 2013, com taxa de 5,8 homicídios femininos por cem mil mulheres conforme Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015).</p> <p>O Território denominado Seridó o qual faz parte o município Sede Santana dos Matos. O município contava com população estimada de 2010 de 13.809 habitantes, população feminina de 6.940 e a população rural de 2.674</p> |

| | |
|---------------------|---|
| Nordeste | mulheres. O Estado do Rio Grande do Norte, com taxa de 5,3 homicídios femininos por cem mil mulheres, o Estado ocupou a 16ª posição no ranking nacional em 2013. O Território denominado Sertão Central, neste estudo, representado neste estudo pelo município Sede Quixadá . O município contava com população estimada de 2010 de 80.604, sendo a população total de mulheres de 40.835, e a população rural de 10.856 mulheres. Em relação as taxas de homicídios femininos, o Estado de Ceará ocupou a 8ª posição no <i>ranking</i> nacional, com taxa de 6,2 homicídios por cem mil mulheres em 2013. |
| Centro-Oeste | O Território Posse, representado pelo município Sede Posse , neste estudo, pertencente a uma macrorregião do Estado de Goiás-Vão Paraná e mesorregião do Leste Goiano. A população estimada em 2010 era de 31.419 habitantes sendo a população total de mulheres de 15.494 e a população rural de 2.964 mulheres. O Estado de Goiás ocupou a 3ª posição no <i>ranking</i> nacional em 2013, com taxa de 8,6 homicídios femininos por cem mil mulheres, segundo Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015). |

Fonte: Elaboração própria, fonte dos dados: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015).

3.3 População de Estudo

A população de estudo constituiu-se pelo universo total de profissionais participantes dos Seminários Campo, Floresta e das Águas do Projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência realizado em 2013 e 2014, nos municípios apresentados.

Critérios de inclusão: profissionais da rede de atenção a mulher em situação de violência nos dez municípios participantes dos Seminários e aceitaram participar da pesquisa ao assinar o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão dos sujeitos desta pesquisa foram: questionário sem identificação, e sem TCLE, questionário em Branco/taxa de resposta menor de 70%, estudante não vinculado à área de saúde, questionário duplicado (o profissional respondeu em mais de um seminário, neste caso, foi mantido o mais antigo. Um total de 35 questionários foram excluídos.

Dos 473 profissionais participantes dos Seminários, a amostra final foi constituída por 438 questionários. Sendo 162 enfermeiros, 41 assistentes sociais, 22 pedagogos, 17 médicos, 17 psicólogos, 7 dentistas, 16 graduandos e 53 outros profissionais com pouca representatividade da categoria.

Para a participação nos Seminários foram convidados profissionais de Saúde, da Segurança Pública, da Educação, da Assistência Social, de órgãos governamentais, além de representantes dos movimentos sociais, como o de mulheres, dentre outros, do município sede e dos municípios que compunham a macrorregião, envolvidos por trabalhos com pessoas em situação de violência ou qualquer ação intersetorial para a execução de uma política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2015).

3.4 O Questionário

A coleta dos dados iniciou-se em maio de 2013, finalizando em junho de 2014. Totalizando 15 meses de coleta. Os questionários foram aplicados in loco durante a realização dos dez Seminários Regionais do Campo, Floresta e das Águas do Projeto “Para elas, Por Elas, Por eles, por Nós”. Os mestrandos do próprio Programa de Pós-Graduação foram agregados para realização da coleta de dados.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido e adaptado para atender ao Projeto “Para Elas, por Elas, por Eles, por Nós” do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/FM/UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde. O piloto foi realizado com mestrandos de outros grupos, que não da Saúde da Mulher, do Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da UFMG.

Os questionários foram aplicados em todos os seminários dos municípios campo e floresta que compõem o Projeto “Para Elas”. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) de forma acessível foi assinado pelo entrevistado que participou da pesquisa. Houve uma solicitação de autorização do respondente para o uso dos dados, com a garantia do sigilo e confidencialidade das informações.

Os questionários foram revisados e digitados duplamente por pessoal diferente para validação do processo. Realizaram-se procedimentos para a limpeza e consistência do banco de dados.

Trata-se de um questionário semiestruturado, composto por 47 perguntas, sendo 41 questões fechadas e 05 questões abertas, comum para todos os profissionais entrevistados (Apêndice A). Subdividido em três seções que abordam os seguintes temas:

Seção A:

- I. Identificação: informações gerais dos participantes, dados sociodemográficos dos participantes como: idade, sexo, raça, estado civil, nível de escolaridade.
- II. Formação: Grau de instrução e formação acadêmica
- III. Trabalho: Instituição, esfera administrativa, função atual, vínculo de trabalho, quantas horas/semana você trabalha nessa função, turno de trabalho, tem outro vínculo de trabalho.

Seção B:

A Rede de Atenção e Enfrentamento da violência.

Seção C:

Opinião do Participante

As variáveis pertinentes a este estudo foram:

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| I - Identificação (Apêndice A, nº I) | Idade | Em anos completos, no momento da entrevista. |
| | Sexo | Masculino ou feminino |
| | Estado Civil | Casado, solteiro, união estável, divorciou, separado, viúvo |
| | Cor da Pele | Autodeclarada, considerando a classificação do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE), definida como branca, preta, amarela, parda ou indígena. |
| | Local de realização do Seminário | Cidade ou Estado |
| II. Formação (Apêndice A, nº II) | Grau de Instrução | Ensino médio (ou 2o grau ou 2o ciclo ou científico, clássico) incompleto, ensino médio (ou 2o grau ou 2o ciclo ou científico, clássico) completo, superior incompleto, superior completo, especialização, mestrado incompleto, mestrado completo, doutorado incompleto, doutorado completo ou Pós-Doutorado. |
| | Formação Acadêmica | Inclusão do curso nível superior |

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| III Trabalho (Apêndice A, nºIII) | Instituição* Função atual* | Níveis de atenção(primária, secundária, terciária, gestor e outros) |
| | Tempo na função atual | Em meses e anos, no momento da entrevista |

Notas:*Estas variáveis foram recodificadas, definindo o nível de atenção.

IV – Rede de Atenção e Enfrentamento da Violência

Na busca de informações, sobre a atuação dos profissionais em relação ao atendimento à mulher, suspeita ou confirmação da violência. E a realização do preenchimento da notificação compulsória da violência. Foram trabalhadas as seguintes questões.

1. Durante o atendimento à mulher você já teve algum caso que tenha suscitado a violência cometida contra ela? (APÊNDICEA, QUESTÃO IV, número 1)
2. Qual a sua atitude frente à suspeita? (APÊNDICEA, QUESTÃO IV, número 3).
Como opções de respostas foram elaboradas oito afirmações: utilizaram-se estas variáveis:
 - **Notificou a situação de violência?**
 - **Discutiu caso com a equipe?**
 - **Fez seguimento da mulher?**
3. Você já atendeu alguma mulher em situação de violência? (APÊNDICEA, QUESTÃO IV, número 4).

4. Qual a sua atitude frente à mulher em situação de violência? (APÊNDICE A, QUESTÃO IV, número 5). Como opções de respostas foram elaboradas oito afirmações: utilizaram-se estas variáveis:

- **Notificou a situação de violência?**
- **Discutiu caso com a equipe?**
- **Fez seguimento da mulher?**

5. Existe dificuldade no preenchimento desta ficha? Sim? Qual? (APÊNDICE A, QUESTÃO IV, número 17).

Com a resposta afirmativa, trata-se de uma questão aberta, portanto, as respostas foram categorizadas. As respostas mais freqüentes foram associadas, bem como as respostas que mais se aproximaram, e as diversas outras respostas foram apresentadas como outras (QUADRO 3).

6. A Gestão Municipal/Estadual de Saúde garante recursos necessários (estrutura física, recursos humanos, insumos, equipamentos etc) para as ações no combate à violência contra mulher nas unidades de atenção à saúde? (APÊNDICE A, QUESTÃO IV, número 19).

7. A Gestão Municipal/Estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da mulher em situação de violência? (APÊNDICE A, QUESTÃO IV, número 20).

Para as questões 6 e 7, os níveis das variáveis do indicador de Gestão foram associadas e apresentadas como resposta: sempre/quase sempre; às vezes e

raramente/nunca. Assim, sempre e quase sempre consideradas positivas e raramente/nunca consideradas negativas. Assim, facilitar o entendimento e apresentação dos dados. Respostas marcadas como: Não se aplicam ou deixadas em branco foram classificadas como não informado.

Assim, através das questões apresentadas e a fim de alcançar os objetivos do trabalho foi traçado o perfil da população estudada com o levantamento das questões sociodemográficas, formação, realização da notificação da suspeita ou confirmação da violência contra a mulher. E, em relação à Gestão, conforme informado pelos participantes, quanto aos recursos necessários para as ações no combate à violência e à oferta de capacitação para abordagem da mulher em situação de violência.

3.6 Estudo das Variáveis

3.6.1 Estudo da Frequência Simples

Foram realizados os levantamentos das características sociodemográficas dos participantes dos Seminários, com levantamento absoluto e percentual das faixas-etárias, sexo, estado civil, cor/raça, grau de instrução, formação acadêmica, segmento em que trabalha (nível de atenção) e tempo na função atual. Todas essas informações foram desdobradas e apresentadas em relação à informação dos participantes quanto à notificação da violência contra a mulher (notificação da suspeita/situação da violência) (TABELAS 1 e 2).

- a) **Identificação:** perfil sociodemográfico;

- b) **Formação:** categorias profissionais;
- c) **Trabalho:** Nível de Atenção e Tempo na função atual.

3.6.2 Associação entre as variáveis

Em relação à resposta dos participantes diante da Notificação da violência contra a mulher (notificação da suspeita ou situação), foram realizados alguns cruzamentos com as seguintes questões a fim de estudar e identificar possíveis associações:

- Apresentadas em tabelas (TABELAS 1 e 2): sexo, estado civil, faixa etária, formação acadêmica, cor/raça, grau de instrução nível de atenção, tempo na função atual, se já atendeu algum caso em que suspeitou da violência cometida contra a mulher e se já atendeu alguma mulher em situação de violência.
- Apresentação em gráficos (GRÁFICOS 2 e 3): profissionais que notificam a situação de violência frente à suspeita da violência; o atendimento da suspeita/situação de violência e as atitudes tomadas pelo profissional; a garantia de recursos (para ações de combate à violência), a oferta da capacitação para os profissionais e a realização da notificação compulsória.

3.7 Análise dos Dados

A análise dos dados das questões quantitativas foi realizada através do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 16.0. Realizou-se a distribuição de frequências simples e percentuais. Porém, optou-se por apresentar as associações

destas variáveis, através dos cruzamentos realizados, e assim, verificar a possível associação a partir da análise de correspondência.

A Análise de Correspondência (AC) é considerada uma técnica multivariada usada para análise descritiva exploratória de dados, adequada para a análise de tabelas de duas ou múltiplas entradas, considerando medidas de correspondência entre linhas e colunas. A AC mostra como as variáveis dispostas em linhas e colunas estão relacionadas. A Análise de Correspondência simplifica dados complexos e produz análises de informações que suportam conclusões a respeito das mesmas. A AC possui diversos aspectos que a distingue de outras técnicas de análise de dados e a sua natureza multivariada permite revelar relações que não seriam detectadas em comparações aos pares das variáveis. Sua aplicação mais simples consiste em uma tabela de contingência de dupla entrada que é denominada análise de correspondência simples (CZERMAINSKI, 2004).

3.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa encontra-se vinculada (é parte) ao projeto de âmbito nacional intitulado Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina e Preventiva e Social/FM/UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG (projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149) em dezembro de 2011, pelo Fundo Nacional de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG adequando-se aos princípios

éticos conforme a resolução no 196/96 do conselho nacional de saúde. Aprovado em 05 de junho de 2013 (ANEXO E).

Aos profissionais participantes foram fornecidas orientações a respeito do estudo, incluindo a confidencialidade e aspectos voluntário de participação, em seguida foram assinados os termos de consentimento livres e esclarecidos (TCLE) (ANEXO A).

4 RESULTADOS

Na Tabela 1, observa-se dentre os participantes (válidos n=438) houve um predomínio do sexo feminino (82,4%). A maioria dos respondentes encontra-se na faixa etária de 21 a 40 anos (61,2%). Identificando-se como branco ou pardo (81,1%). Um pouco mais da metade informou ser casado ou possuía união estável (54,1%). 37,4% dos participantes declararam ter graduação e cerca da metade tem curso de pós-graduação (42,2%). Em relação à formação acadêmica, a formação com maior prevalência foi a Enfermagem (37,2%), seguido do Serviço Social com 9,4% e a Pedagogia com 5%. A Medicina e Psicologia, ambas apresentaram as mesmas prevalências neste estudo, 3,9%. Em relação ao nível de atenção, 35,6% estão distribuídos na atenção primária, 31,7% na gestão, os demais, na atenção secundária representando 9,4% e na atenção terciária 4,1%. Quanto ao tempo de trabalho na função atual, 36,8% possuíam mais de três anos, 26,7% possuíam de um a três anos e 25,3% possuíam menos de um ano de tempo na função. Em relação ao atendimento, a maioria, 60,3%, afirmou que já houve algum caso que tenha suspeitado da violência cometida contra a mulher e 26% informaram que não houve essa suspeita.

As tabelas foram construídas segundo a notificação da suspeita e notificação da situação da violência. A Tabela 1 apresenta a notificação da suspeita e as características sociodemográficas dos participantes, as características em relação ao trabalho (nível de atenção e tempo na função) e em relação ao atendimento se houve a suspeita da violência cometida contra a mulher.

TABELA 1– Análise entre variáveis: sociodemográficas e características do trabalho dos participantes dos Seminários Campo e Floresta e a notificação da suspeita da violência contra a mulher.

| Variáveis estudadas | | Frente a suspeita, você notificou? | | | | | | | | Total | |
|--|---|------------------------------------|------|------|-------|--------------|-------|---------------|------|-------|------|
| | | Sim | | Não | | Não informou | | Não se aplica | | N | % |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Sexo | Masculino | 8 | 11,3 | 32 | 45,1 | 9 | 12,7 | 22 | 31,0 | 71 | 16,2 |
| | Feminino | 54 | 15,0 | 156 | 43,2 | 67 | 18,6 | 84 | 23,3 | 361 | 82,4 |
| | Não informou | 0 | 0,0 | 2 | 33,3 | 2 | 33,3 | 2 | 33,3 | 6 | 1,4 |
| Estado civil | Casado (a)/união estável | 32 | 13,5 | 111 | 46,8 | 38 | 16,0 | 56 | 23,6 | 237 | 54,1 |
| | Solteiro (a), divorciado(a)/separado(a), viúvo(a) | 30 | 15,0 | 79 | 39,5 | 39 | 19,5 | 52 | 26,0 | 200 | 45,7 |
| | Não informou | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 |
| Faixa etária | Até 30 anos | 19 | 14,0 | 61 | 44,9 | 20 | 14,7 | 36 | 26,5 | 136 | 31,1 |
| | De 31 a 40 anos | 21 | 15,9 | 57 | 43,2 | 19 | 14,4 | 35 | 26,5 | 132 | 30,1 |
| | De 41 a 50 anos | 11 | 15,7 | 28 | 40,0 | 18 | 25,7 | 13 | 18,6 | 70 | 16,0 |
| | Acima de 51 anos | 4 | 8,5 | 23 | 48,9 | 6 | 12,8 | 14 | 29,8 | 47 | 10,7 |
| | Não informou | 7 | 13,2 | 21 | 39,6 | 15 | 28,3 | 10 | 18,9 | 53 | 12,1 |
| Formação acadêmica | Enfermagem | 33 | 20,4 | 69 | 42,6 | 23 | 14,2 | 37 | 22,8 | 162 | 37,0 |
| | Medicina | 0 | 0,0 | 9 | 52,9 | 3 | 17,6 | 5 | 29,4 | 17 | 3,9 |
| | Odontologia | 0 | 0,0 | 4 | 57,1 | 0 | 0,0 | 3 | 42,9 | 7 | 1,6 |
| | Pedagogia | 6 | 27,3 | 10 | 45,5 | 2 | 9,1 | 4 | 18,2 | 22 | 5,0 |
| | Psicologia | 3 | 17,6 | 11 | 64,7 | 0 | 0,0 | 3 | 17,6 | 17 | 3,9 |
| | Serviço Social | 5 | 12,2 | 25 | 61,0 | 4 | 9,8 | 7 | 17,1 | 41 | 9,4 |
| | Graduando | 2 | 12,5 | 9 | 56,3 | 5 | 31,3 | 0 | 0,0 | 16 | 3,7 |
| | Outros | 3 | 5,7 | 22 | 41,5 | 8 | 15,1 | 20 | 37,7 | 53 | 12,1 |
| | Não informou | 8 | 9,4 | 28 | 32,9 | 22 | 25,9 | 27 | 31,8 | 85 | 19,4 |
| Não se aplica | 2 | 11,1 | 3 | 16,7 | 11 | 61,1 | 2 | 11,1 | 18 | 4,1 | |
| Cor/Raça | Preta | 5 | 17,2 | 12 | 41,4 | 4 | 13,8 | 8 | 27,6 | 29 | 6,6 |
| | Branca | 20 | 12,3 | 70 | 43,2 | 29 | 17,9 | 43 | 26,5 | 162 | 37,0 |
| | Amarela | 2 | 33,3 | 2 | 33,3 | 1 | 16,7 | 1 | 16,7 | 6 | 1,4 |
| | Parda | 30 | 15,5 | 81 | 42,0 | 36 | 18,7 | 46 | 23,8 | 193 | 44,1 |
| | Indígena | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 |
| | Não informou | 5 | 10,6 | 24 | 51,1 | 8 | 17,0 | 10 | 21,3 | 47 | 10,7 |
| Grau de instrução | Ensino Fundamental | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | 0,5 |
| | Ensino Médio | 9 | 10,8 | 24 | 28,9 | 27 | 32,5 | 23 | 27,7 | 83 | 18,9 |
| | Graduação | 22 | 13,4 | 71 | 43,3 | 32 | 19,5 | 39 | 23,8 | 164 | 37,4 |
| | Pós-graduação | 30 | 16,2 | 92 | 49,7 | 18 | 9,7 | 45 | 24,3 | 185 | 42,2 |
| | Não informou | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 0,9 |
| | Atenção Primária - APS | 11 | 7,1 | 74 | 47,4 | 41 | 26,3 | 30 | 19,2 | 156 | 35,6 |
| Nível de atenção | Atenção Secundária | 7 | 17,1 | 28 | 68,3 | 2 | 4,9 | 4 | 9,8 | 41 | 9,4 |
| | Atenção Terciária | 6 | 33,3 | 7 | 38,9 | 1 | 5,6 | 4 | 22,2 | 18 | 4,1 |
| | Gestão | 21 | 15,1 | 49 | 35,3 | 18 | 12,9 | 51 | 36,7 | 139 | 31,7 |
| | Outros | 7 | 31,8 | 4 | 18,2 | 6 | 27,3 | 5 | 22,7 | 22 | 5,0 |
| | Não informado | 10 | 16,1 | 28 | 45,2 | 10 | 16,1 | 14 | 22,6 | 62 | 14,2 |
| Tempo na função atual | < um ano | 10 | 9,0 | 41 | 36,9 | 21 | 18,9 | 39 | 35,1 | 111 | 25,3 |
| | 1 a 3 anos | 21 | 17,9 | 59 | 50,4 | 8 | 6,8 | 29 | 24,8 | 117 | 26,7 |
| | > 3 anos | 22 | 13,7 | 69 | 42,9 | 36 | 22,4 | 34 | 21,1 | 161 | 36,8 |
| | Não informou | 9 | 18,4 | 21 | 42,9 | 13 | 26,5 | 6 | 12,2 | 49 | 11,2 |
| Durante o atendimento à mulher você já teve algum caso em que tenha suspeitado de violência cometida contra ela? | Sim | 58 | 22,0 | 184 | 69,7 | 12 | 4,5 | 10 | 3,8 | 264 | 60,3 |
| | Não | 4 | 3,5 | 5 | 4,4 | 53 | 46,5 | 52 | 45,6 | 114 | 26,0 |
| | Não informou | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 100,0 | 0 | 0,0 | 7 | 1,6 |
| | Não se aplica | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 6 | 11,3 | 46 | 86,8 | 53 | 12,1 |
| | | | | | | | | | | | |

Notas: A notificação da suspeita da violência contra a mulher em relação às variáveis sociodemográficas, características do trabalho dos participantes dos Seminários Campo e Floresta.

Conforme a Tabela 1, não houve diferenças significativas em relação à notificação da suspeita da violência contra a mulher quanto ao sexo, estado civil e a faixa etária. Em relação ao estado civil, casado/união estável apresentaram um percentual mais elevado quanto a não notificação da suspeita (46,8%). A categoria profissional que mais notificou a suspeita foi a Pedagogia e a Enfermagem, com 27,3% e 20,4%, respectivamente. Em relação ao grau de instrução, a maioria que realizou a notificação da suspeita possui pós-graduação. Quanto ao nível de atenção, a atenção terciária com 33,3% foi que a mais notificou a suspeita. E tempo na função atual, de 1 a 3 anos, com 17,9%. E quando interrogado se durante o atendimento à mulher, suspeitou da violência e notificou, a maioria relata que houve a suspeita, porém não notificou. Assim, apenas 22% dos participantes responderam ter suspeitado da violência e ter realizado a notificação desta suspeita.

TABELA 2– Análise entre variáveis: sociodemográficas e características do trabalho dos participantes dos Seminários Campo e Floresta e a notificação da situação da violência contra a mulher.

| Variáveis estudadas | | Frente à mulher em situação de violência, você notificou? | | | | | | | | Total | |
|---|--|---|------|-------|------|--------------|-------|---------------|------|-------|------|
| | | Sim | | Não | | Não informou | | Não se aplica | | | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | Masculino | 13 | 18,3 | 26 | 36,6 | 7 | 9,9 | 25 | 35,2 | 71 | 16,2 |
| | Feminino | 54 | 15,0 | 123 | 34,1 | 96 | 26,6 | 88 | 24,4 | 361 | 82,4 |
| | Não informou | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 | 2 | 33,3 | 1 | 16,7 | 6 | 1,4 |
| Estado civil | Casado(a)/união estável | 37 | 15,6 | 86 | 36,3 | 61 | 25,7 | 53 | 22,4 | 237 | 54,1 |
| | Solteiro(a), divorciado(a)/separado(a), viúvo(a) | 30 | 15,0 | 66 | 33,0 | 43 | 21,5 | 61 | 30,5 | 200 | 45,7 |
| | Não informou | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 |
| Faixa etária | Até 30 anos | 17 | 12,5 | 49 | 36,0 | 25 | 18,4 | 45 | 33,1 | 136 | 31,1 |
| | de 31 a 40 anos | 25 | 18,9 | 46 | 34,8 | 33 | 25,0 | 28 | 21,2 | 132 | 30,1 |
| | de 41 a 50 anos | 11 | 15,7 | 22 | 31,4 | 21 | 30,0 | 16 | 22,9 | 70 | 16,0 |
| | Acima de 51 anos | 5 | 10,6 | 22 | 46,8 | 8 | 17,0 | 12 | 25,5 | 47 | 10,7 |
| | Não informou | 9 | 17,0 | 13 | 24,5 | 18 | 34,0 | 13 | 24,5 | 53 | 12,1 |
| Formação acadêmica | Enfermagem | 29 | 17,9 | 51 | 31,5 | 35 | 21,6 | 47 | 29,0 | 162 | 37,0 |
| | Medicina | 2 | 11,8 | 11 | 64,7 | 1 | 5,9 | 3 | 17,6 | 17 | 3,9 |
| | Odontologia | 0 | 0,0 | 3 | 42,9 | 0 | 0,0 | 4 | 57,1 | 7 | 1,6 |
| | Pedagogia | 4 | 18,2 | 12 | 54,5 | 3 | 13,6 | 3 | 13,6 | 22 | 5,0 |
| | Psicologia | 4 | 23,5 | 9 | 52,9 | 2 | 11,8 | 2 | 11,8 | 17 | 3,9 |
| | Serviço Social | 12 | 29,3 | 14 | 34,1 | 7 | 17,1 | 8 | 19,5 | 41 | 9,4 |
| | Graduando | 2 | 12,5 | 9 | 56,3 | 5 | 31,3 | 0 | 0,0 | 16 | 3,7 |
| | Outros | 4 | 7,5 | 17 | 32,1 | 15 | 28,3 | 17 | 32,1 | 53 | 12,1 |
| | Não informou | 7 | 8,2 | 24 | 28,2 | 27 | 31,8 | 27 | 31,8 | 85 | 19,4 |
| Cor/Raça | Preta | 5 | 17,2 | 10 | 34,5 | 5 | 17,2 | 9 | 31,0 | 29 | 6,6 |
| Branca | 27 | 16,7 | 55 | 34,0 | 38 | 23,5 | 42 | 25,9 | 162 | 37,0 | |
| Amarela | 1 | 16,7 | 2 | 33,3 | 2 | 33,3 | 1 | 16,7 | 6 | 1,4 | |
| Parda | 29 | 15,0 | 65 | 33,7 | 47 | 24,4 | 52 | 26,9 | 193 | 44,1 | |
| Indígena | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 | |
| Não informou | 5 | 10,6 | 19 | 40,4 | 13 | 27,7 | 10 | 21,3 | 47 | 10,7 | |
| Grau de instrução | Ensino Fundamental | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | 0,5 |
| | Ensino Médio | 8 | 9,6 | 17 | 20,5 | 35 | 42,2 | 23 | 27,7 | 83 | 18,9 |
| | Graduação | 24 | 14,6 | 61 | 37,2 | 38 | 23,2 | 41 | 25,0 | 164 | 37,4 |
| | Pós-graduação | 34 | 18,4 | 73 | 39,5 | 30 | 16,2 | 48 | 25,9 | 185 | 42,2 |
| | Não informou | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | 4 | 0,9 |
| Nível de atenção | Atenção Primária - APS | 13 | 8,3 | 52 | 33,3 | 56 | 35,9 | 35 | 22,4 | 156 | 35,6 |
| | Atenção Secundária | 9 | 22,0 | 25 | 61,0 | 4 | 9,8 | 3 | 7,3 | 41 | 9,4 |
| | Atenção Terciária | 9 | 50,0 | 4 | 22,2 | 2 | 11,1 | 3 | 16,7 | 18 | 4,1 |
| | Gestão | 22 | 15,8 | 43 | 30,9 | 24 | 17,3 | 50 | 36,0 | 139 | 31,7 |
| | Outros | 7 | 31,8 | 5 | 22,7 | 3 | 13,6 | 7 | 31,8 | 22 | 5,0 |
| | Não informado | 7 | 11,3 | 23 | 37,1 | 16 | 25,8 | 16 | 25,8 | 62 | 14,2 |
| Tempo na função atual | < um ano | 14 | 12,6 | 34 | 30,6 | 26 | 23,4 | 37 | 33,3 | 111 | 25,3 |
| | 1 a 3 anos | 22 | 18,8 | 48 | 41,0 | 18 | 15,4 | 29 | 24,8 | 117 | 26,7 |
| | > 3 anos | 23 | 14,3 | 54 | 33,5 | 47 | 29,2 | 37 | 23,0 | 161 | 36,8 |
| | Não informou | 8 | 16,3 | 16 | 32,7 | 14 | 28,6 | 11 | 22,4 | 49 | 11,2 |
| Você já atendeu alguma mulher em situação de violência? | Sim | 61 | 30,2 | 133 | 65,8 | 6 | 3,0 | 2 | 1,0 | 202 | 46,1 |
| | Não | 4 | 2,7 | 12 | 8,2 | 72 | 49,0 | 59 | 40,1 | 147 | 33,6 |
| | Não informou | 0 | 0,0 | 1 | 4,0 | 21 | 84,0 | 3 | 12,0 | 25 | 5,7 |
| | Não se aplica | 2 | 3,1 | 6 | 9,4 | 6 | 9,4 | 50 | 78,1 | 64 | 14,6 |
| | | | | | | | | | | | |

Notas: A notificação da mulher em situação de violência em relação às variáveis sociodemográficas e características do trabalho dos participantes dos Seminários Campo e Floresta.

A Tabela 2 apresenta a notificação da situação de violência contra a mulher, assim, não houve diferenças significativas em relação ao sexo, estado civil e cor/raça. Quanto à faixa etária, a que mais notificou foi de 31 a 40 anos, com 18,9%. A faixa etária acima de 51 anos, quase a metade, 46,8% não notificou a situação de violência.

Em relação à categoria profissional que mais notificou a situação de violência foi o Serviço Social com um percentual de 29,3%, seguido da Psicologia com 23,5%. A Pedagogia e a Enfermagem representaram 18,2% e 17,9% respectivamente. Importante ressaltar que a Medicina apresentou um percentual baixo de notificação da situação de violência, com 11,8%, assim, mais da metade da categoria médica, 64,7%, informou não realizar a notificação do caso confirmado da violência.

Em relação ao grau de instrução, a maioria que realizou a notificação da situação da violência possui pós-graduação com 18,4%. E 14,6% que informaram realizar a notificação da violência possuem graduação. 9,6% possuem ensino médio.

Quanto ao nível de atenção, a atenção terciária com 50,0% foi que a mais notificou este agravo. A atenção secundária representou 22%. A gestão e atenção primária representaram, 15,8% e 8,3%, respectivamente. E tempo na função, de 1 a 3 anos, com 18,8% e acima de 3 anos, o percentual foi de 14,3%. Vale ressaltar que a maioria dos profissionais tem mais de três anos na função atual conforme dados apresentados.

Em relação ao atendimento à mulher em situação de violência, ou seja, o caso confirmado, quase a maioria desses profissionais, 46,1%, confirmou este

atendimento, e 30,2% afirmaram realizar a notificação. Importante ressaltar que 65,8% dos profissionais que atenderam o caso confirmado da violência, informaram que não realizaram a notificação (TABELA 2).

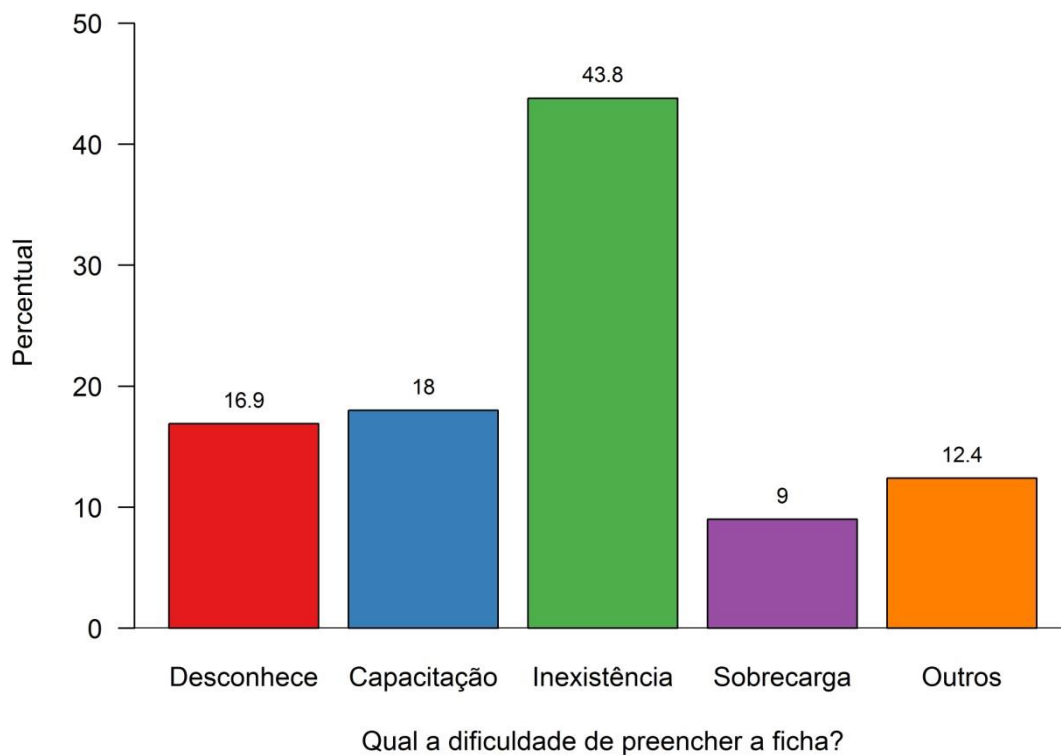


GRÁFICO 1 - Dificuldades apontadas relação ao preenchimento da Notificação Compulsória da Violência

Notas: Onde descrito “Desconhece” lê-se desconhece a ficha de notificação compulsória da violência; “Capacitação” identifica-se como a falta de capacitação para os profissionais; “Inexistência” lê-se inexistência da ficha de notificação compulsória da violência.

O Gráfico 1 se refere às dificuldades assinaladas pelos participantes, em relação, ao preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória da Violência, a maioria dos participantes informou a inexistência da ficha de notificação na unidade de saúde, com 43,8%. Em seguida, a falta de capacitação para a equipe representou 18%, e o desconhecimento da Ficha foi informado por 16,9% dos participantes. “Outros” representaram mais alguns entraves pontuados pelos participantes.

O Quadro 3 apresenta as dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde para a realização da notificação, assim, foram associadas e apresentadas como: **Inexistência da Ficha, Capacitação da equipe, Desconhecimento da Ficha De Notificação, Sobrecarga de trabalho e outros. Conforme quadro abaixo:**

QUADRO 3 - Principais dificuldades apontadas para notificar a violência contra a mulher.

| Dificuldades (TEMAS principais) | CATEGORIAS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • A ficha não está disponível; • Não existe a ficha; • Não foi encontrada a ficha de notificação; | Inexistência da Ficha |
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitação profissional; • Dúvidas no preenchimento da Ficha de Notificação; • Falta de preparo da equipe | Fatores relacionados ao preparo do profissional e/ou da equipe atuante (Capacitação da equipe) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Saber qual ficha é; • Nunca utilizou a ficha; • Desconhece a Ficha de Notificação; | Desconhecimento da Ficha De Notificação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Número elevado de atendimentos; • Atendimento em Pronto-Socorro; • Ficha é longa, demanda tempo; | Fatores relacionados ao processo de trabalho (Sobrecarga de trabalho) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medo de represálias; • Medo por achar ser denúncia; • Ficha é muito extensa; • Vontade do profissional em notificar; • A mulher aceitar a notificação. • Não teve acesso; | Outros |

- Mal divulgada;

Fonte: compilados pela autora (2016).

A Figura 2 apresenta o mapa de correspondência entre o atendimento à mulher suspeita e em situação de violência e as atitudes tomadas. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (atendimento à mulher suspeita e em situação de violência: suspeita_sim, suspeita_não, situação_sim, situação_não) e dos perfis coluna (Atitudes: notificou, discutiu, acompanhou) devem ser analisadas as Tabelas 3 e 4. A Tabela 3, referente ao atendimento à mulher suspeita e em situação de violência, revela uma melhor representação dos níveis 'suspeita_sim' e 'situação_sim' na dimensão 2 (em negrito), enquanto que os demais têm uma representatividade maior na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 4, referente ao atendimento, revela uma melhor representação de seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível 'discutiu' que é melhor representado na dimensão 2 (em negrito).

TABELA 3 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Atendimento à mulher suspeita e em situação de violência).

| Atendimento | Dim1 | Dim2 |
|--------------------|--------------|--------------|
| Suspeita_Sim | 0,448 | 0,552 |
| Suspeita_Não | 0,917 | 0,083 |
| Situação_Sim | 0,064 | 0,936 |
| Situação_Não | 0,909 | 0,091 |

TABELA 4 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Atitudes).

| Atitudes | Dim1 | Dim2 |
|------------|--------------|--------------|
| Notificou | 0,668 | 0,332 |
| Discutiu | 0,496 | 0,504 |
| Acompanhou | 0,992 | 0,008 |

Com base na Figura 2, verifica-se uma associação maior entre os participantes que afirmaram ter atendido uma mulher em suspeita de violência com aqueles que tomaram a atitude de discutir. Enquanto aqueles que afirmaram ter atendido uma mulher em situação de violência associaram mais com a atitude de notificar e acompanhar.

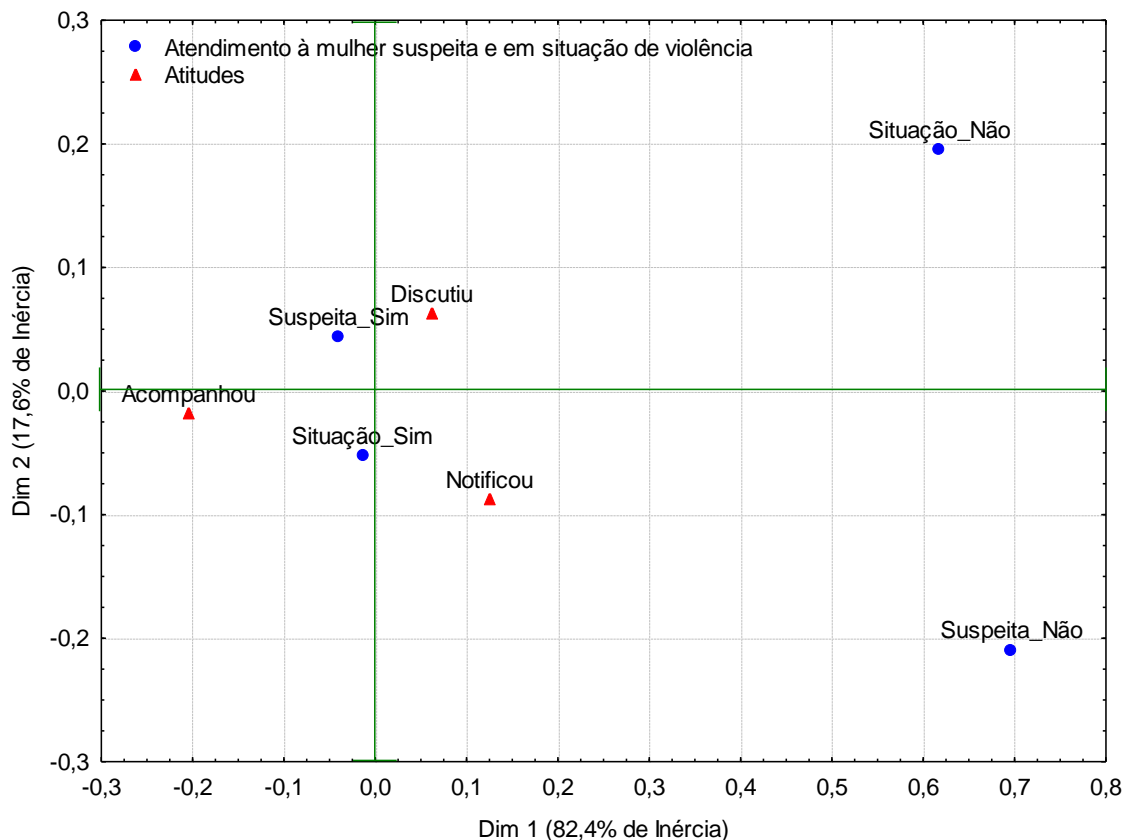


FIGURA 2 - Mapa de correspondência entre o atendimento à mulher suspeita e em situação de violência e as atitudes tomadas.

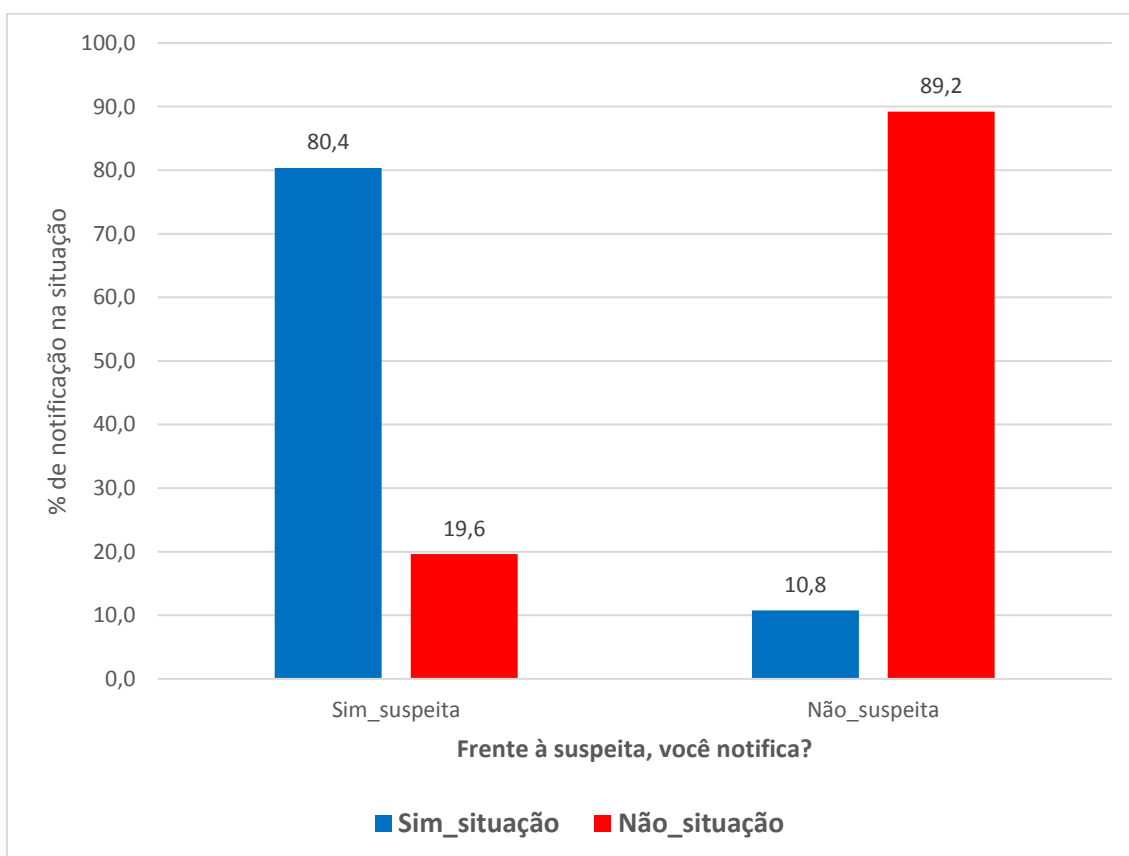


GRÁFICO 2- Percentual de notificação frente à mulher em situação de violência segundo a notificação frente à suspeita da violência.

O Gráfico 2, apresenta a associação entre os profissionais que notificam a situação de violência frente à suspeita. Assim, apresenta que dentre os profissionais que notificaram a suspeita da violência, 80,4% notificam a situação de violência (casos confirmados) e 19,6% não notificaram a situação de violência. E, dentre os

profissionais que não notificaram a suspeita, 89,2% não notificaram a situação de violência, e apenas 10,8% notificaram a situação de violência.

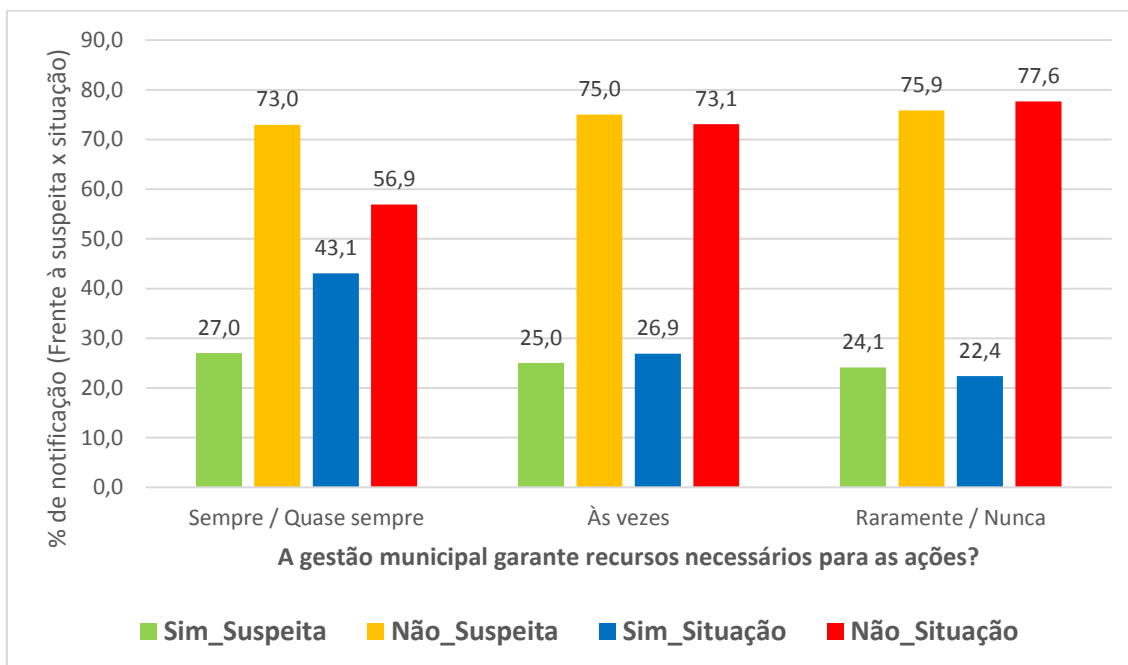


GRÁFICO 3 - Percentual de notificação frente à mulher em suspeita/situação de violência e a frequência de garantia de recursos necessários para as ações de combate à violência.

O Gráfico3 apresenta o cruzamento entre a gestão garante recursos necessários para as ações de combate à violência e o ato de notificar a suspeita/situação da violência. Dentre os respondentes que informaram se a gestão garante recursos necessários e a frequência (sempre/quase sempre) 27,0% realizam a notificação da suspeita da violência e 43,1% realizam a notificação para a situação de violência. Já, em relação à frequência raramente/nunca para garantia de recursos necessários para o combate à violência, apenas 24,1% realizam a notificação da violência para o caso suspeito e 22,4% para o caso confirmado. Diante dos dados apresentados, o fato de a gestão não ou raramente garantir recursos necessários ao combate à violência, a não

realização da notificação da suspeita quanto da situação de violência, é, respectivamente de 75,9% e 77,6%.

Importante ressaltar que, no caso da notificação da suspeita da violência, os dados apontam que, independentemente da garantia de recursos, as proporções permanecem praticamente as mesmas, com poucas oscilações. Assim, para os casos de situação de violência há uma mudança, sugerindo uma associação entre a garantia de recursos necessários para as ações de combate à violência e o aumento da notificação.

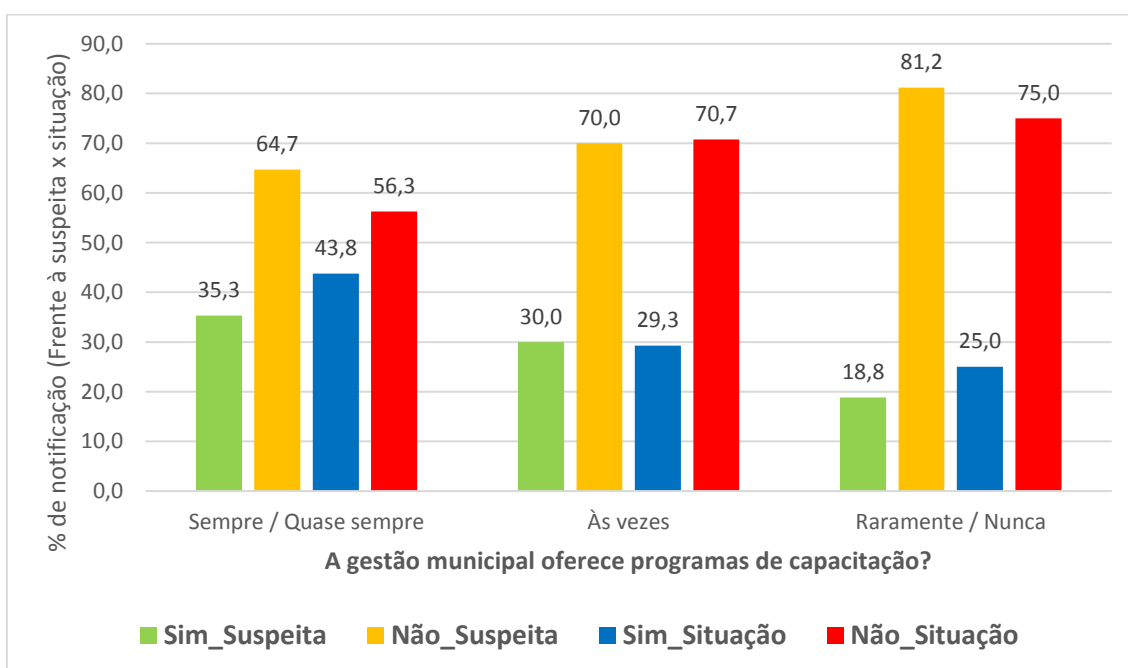


GRAFICO 4- Percentual de notificação frente à mulher em suspeita/situação de violência a freqüência de oferecimento de programas de capacitação.

O Gráfico 4 apresenta a associação entre a oferta programas de capacitação e o ato de notificar tanto a suspeita quanto a situação da violência. Assim, dentre os respondentes que informaram a freqüência da capacitação (sempre/quase sempre) 35,3% realizam a notificação da suspeita, e 43,8 % realizam a notificação para a

situação de violência. Já, em relação à frequência da capacitação (raramente/nunca), apenas 18,8% realizam a notificação da violência para o caso suspeito e 25% para o caso confirmado. Ainda, pelos resultados apresentados, importante ressaltar que, os dados mostram que a gestão raramente/nunca ofertar programas de capacitação, o ato de não notificar tanto a suspeita, quanto a confirmação do caso são respectivamente, 81,2% e 75%. Portanto, os dados sugerem que o aumento da oferta de capacitação está associado ao aumento da notificação, tanto para a suspeita quanto para os casos de violência.

Os municípios, de acordo com o preenchimento do questionário, que contaram com a maior participação nos Seminários Campo, Floresta e das Águas foram: o município de Posse (Goiás) com 15,5%, seguido dos municípios Santana dos Matos (Rio Grande do Norte) e Irecê (Bahia) com 12,9% e 12,4% respectivamente (FIGURA 1).

5 DISCUSSÃO

Ao realizar a análise do perfil sócio demográfico dos profissionais participantes dos Seminários Campo e Floresta, houve um predomínio do sexo feminino (82,4%). Resultados semelhantes também foram encontrados nos seguintes estudos em relação ao perfil sócio demográfico em outras cidades brasileiras (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2012; SILVA, 2012; CONCEIÇÃO *et al.*, 2012).

A categoria profissional com um maior percentual foi à Enfermagem com 37%, corroborando com estudos Luna, Ferreira e Vieira (2010), Silva (2012), Costa e Lopes (2012), Caixeta (2015). A maioria dos participantes encontra-se na faixa etária até 40 anos, correspondendo a 61,2% e um pouco mais da metade informou ser casado ou possuía união estável (54,1%), corroborando com as pesquisas de Oliveira *et al.* (2012).

Costa e Lopes (2012), cujo artigo buscou conhecer e analisar práticas de profissionais de saúde no cuidado das mulheres rurais vítimas de violência em municípios no interior do Rio Grande do Sul, encontraram uma prevalência de enfermeiros atuando nestas áreas. Assim, Luna, Ferreira e Vieira (2010) em seu estudo sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da atenção básica em Fortaleza encontraram um predomínio do sexo feminino e uma maior frequência de enfermeiros. Estes autores relatam que a maioria dos profissionais serem mulheres está associada também ao número de enfermeiros participantes do estudo, assim, o fato de que a enfermagem é considerada uma área historicamente composta por integrantes do sexo feminino.

De acordo com o estudo de Oliveira *et al.*(2012), realizado entre 2008 e 2009, sobre a violência intrafamiliar e a experiência de profissionais de saúde da família no agreste Pernambucano, onde cerca de 50% das unidades de saúde da família é da área rural, encontraram uma população de estudo constituído em sua grande maioria por mulheres (79,3%), idade até 40 anos (75%) e com companheiro (58,5%).

Os resultados do presente estudo demonstram que os profissionais atuam há pouco tempo no serviço de saúde. Onde 36,8% dos participantes possuíam mais de três anos na função atual, 26,7% possuíam de um a três anos e 25,3% possuíam menos de um ano de tempo na função. O que aproxima do estudo Garbin *et al.* (2011), onde estudou o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam no SUS sobre notificação de violência contra crianças e adolescentes da atenção básica de quatro municípios pertencentes à Região de São José do Rio Preto-SP, assim, encontrou cerca da metade dos profissionais trabalham a pouco tempo no serviço de saúde, entre 1 a 5 anos.

Foi identificado neste estudo que 37,4% dos participantes declararam ter graduação e cerca da metade tem curso de pós-graduação (42,2%). Assim, um público onde 79,6% dos participantes possuem graduação ou pós-graduação. Corroborando com estudos Silva (2012), Caixeta (2015). Quanto à cor da pele, os participantes deste estudo, a maioria se considera como branca e parda, apresentam um perfil semelhante ao encontrado por Caixeta (2015). Assim, Caixeta (2015), encontrou dados semelhantes em seu estudo acerca da influência da capacitação de profissionais de saúde de todo país que atendem mulheres em situação de violência.

Ainda, no que se refere ao perfil dos profissionais, a pós-graduação mostrou-se como uma variável que pode estar relacionada à tomada de decisão/atitude do profissional em notificar os casos de violência contra as mulheres, evidenciada também por Luna, Ferreira e Vieira (2010), Silva (2012) em seus estudos.

Não foi evidenciada associação entre o desfecho estudado (a notificação da violência) e as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, estado civil, raça/cor e tempo de atuação na função atual. Silva (2012), em um estudo em Recife, entre 2011 e 2012, com o objetivo de identificar os fatores que influenciam a notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária também não evidenciou associação entre o desfecho estudado e as variáveis sociodemográficas.

Considerando a importância da atenção primária no que se concerne ao atendimento da mulher em situação de violência e que apresentou maior índice de participação nos Seminários realizados, no entanto, a atenção terciária que apresentou um percentual de notificação maior em relação aos outros níveis, assim, na suspeita foi 33,3% e na situação de violência foi de 50%, observado também por Veloso *et al.*(2013) em seu estudo. A atenção primária apresentou um percentual baixo de notificação, o que corrobora com estudo de Kind *et al.*(2013). Estudo descritivo a partir de dados do SINAN da cidade de Belém (Pará) realizado no período de 2009 a 2011 constatou que uma unidade de atendimento terciário foi responsável pela maior parte das notificações no respectivo período. Ressalta que o aumento de notificação nos últimos três anos no hospital maternidade pode estar relacionado com a capacitação realizada com os profissionais de saúde no nível terciário e o Programa implantado em 2004

que realiza como parte do protocolo de atendimento o preenchimento da ficha de notificação compulsória (VELOSO *et al.*, 2013).

Dentre os respondentes desse estudo, 60,3%, afirmaram que já atendeu algum caso suspeito da violência contra a mulher e apenas 22% relatam ter realizado a notificação desse caso. Enquanto, 46,1% durante o exercício de sua profissão afirmou ter atendido a mulher em situação de violência, porém apenas 30,2% relataram ter realizado a notificação. Mesmo a maioria afirmando ter realizado o atendimento do caso suspeito, e quase a metade ter atendido algum caso confirmado da violência, uma parcela significativa, não o fez. O que demonstra o grave problema da subnotificação da violência contra a mulher. Resultado próximo foi encontrado no estudo de Silva (2012).

Portanto, denota a situação de invisibilidade da violência, onde algum caso pode estar passando despercebido pelos profissionais, sugerindo a dificuldade do profissional em identificar e detectar os casos de violência. Estudos como Hanada (2007), Marinheiro, Vieira e Souza (2006), Schraiber *et al.*(2002) ressaltam também a dificuldade apresentada pelos profissionais em identificar a violência vivenciada. Importante ressaltar quanto à abordagem e o atendimento da violência, pois, é a partir da identificação, detecção da situação ou a suspeita da violência, que o agravo deverá ser notificado.

Em relação às categorias profissionais, em geral, foi baixo a notificação da suspeita da violência. Porém, vale ressaltar que uma das categorias que se destacou foi a Pedagogia, em relação à notificação da suspeita da violência. Assim, conforme

discorre Silva (2012), onde trabalhou notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde. Ressalta que os profissionais que atuam na atenção básica discutem questões acerca da violência com outros setores, sendo a Educação e as escolas os principais espaços físicos para esse diálogo e apresentam maiores chances de notificar um caso de violência contra crianças e adolescentes. O que pode estar associado com o fato do pedagogo ter sido a categoria profissional com tal representatividade.

As categorias profissionais neste estudo envolvidas na notificação da situação da violência, os quais apresentaram percentuais mais expressivos foram o Serviço Social e a Psicologia. O que difere dos estudos encontrados, onde a Enfermagem foi a categoria que mais notificou a situação de violência, conforme observado no estudo de Moreira *et al.*(2013).

No entanto, Hanada (2007), em sua dissertação de mestrado, buscou analisar e identificar a inserção do psicólogo na assistência às mulheres em situação de violência na rede de serviços de São Paulo. Assim, coloca que área da saúde é um dos campos de atuação do psicólogo, no entanto, não se restringe a ela. Estão presente na atenção primária e também nos serviços voltados para as situações de violência sexual. Coloca que há uma identificação dos profissionais de saúde, entre o tema e o trabalho realizado pelos psicólogos. Ressalta que, este profissional presta assistência às mulheres, crianças e adolescentes que sofreram violência. Assim, o que pode justificar a psicologia notificando os casos de violência neste estudo, uma vez que, participam deste atendimento, à medida que fazem parte da equipe interdisciplinar.

Percebe-se que, apesar de vários avanços, e uma legislação regulamentando a Notificação Compulsória da Violência, a Lei nº 10.223 de 2003, neste estudo, o ato de notificar mostrou-se baixo. Observado também no trabalho de Oliveira *et al.*(2012). Observa-se uma baixa frequência ou um atendimento insuficiente em relação aos casos de violência, conseqüentemente, a notificação da violência contra a mulher, o ato de notificar é também baixo.

A formação acadêmica dos profissionais de saúde, onde as lacunas contribuem para a não detecção do problema da violência contra as mulheres, e o profissional, muitas vezes, não está preparado para realizar o manejo deste tipo de situação. O despreparo na formação acadêmica para o atendimento da violência contra a mulher se converge em falta de preparo para a atuação no Sistema Único de Saúde, assim, os profissionais têm dificuldades em trabalhar numa perspectiva inclusiva e intersetorial (PEDROSA; SPINK, 2011; BARALDI *et al.*, 2012).

Gomes *et al.*(2014), em estudo sobre o enfrentamento da violência conjugal no estado da Bahia com profissionais da saúde, relataram acerca da dificuldade dos profissionais no reconhecimento da violência, assim, sinalizaram que, tal fato relaciona-se com um despreparo acadêmico dos estudantes da área da saúde para as diferentes dimensões do ser humano, associado à falta de capacitação profissional. Em relação à notificação compulsória da violência observaram que o preenchimento da ficha não se constituía com uma prática no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Baraldi *et al.*(2012), em seu estudo com objetivo de descrever o conhecimento dos enfermeiros da atenção básica acerca da violência contra a mulher no município de

Ribeirão Preto colocam que estes profissionais são em geral, os primeiros profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde, assim, ocupam um papel relevante no atendimento à violência contra a mulher. Assim, este estudo demonstrou que os enfermeiros participantes têm um conhecimento sobre a definição da violência, manejo dos casos, entretanto, desconhecem as características epidemiológicas da violência, o que pode atuar como fator dificultador para a sua atuação no atendimento às mulheres em situação de violência. Em relação à notificação, 90,2%, afirmaram realizar a notificação. Vale ressaltar que, em relação às características dos profissionais participantes, a maioria apresentava algum tipo de especialização, e um quarto desse público, tinha mestrado ou doutorado. Conforme ressalta o estudo, sugere que este município conta com profissionais altamente graduados para atendimento à população.

Vicente e Vieira (2009) numa pesquisa acerca do conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – São Paulo, um percentual de 31% informou ter recebido informações para lidar com pacientes vítimas de violência de gênero. Um percentual baixo, 16,8% informou ter atendido algum caso na graduação. O estudo também ressalta que, apesar da maioria dos participantes conhecerem o conceito de violência contra a mulher, e suas variações, muitos desconheciam a epidemiologia e as taxas de morbimortalidade. Em relação à notificação da violência, apenas 30% relataram que realizariam, apesar de quase a metade ter o conhecimento da necessidade da notificação.

Ainda, no que se concerne aos profissionais, Pedrosa e Spink (2011), numa pesquisa realizada com profissionais de Medicina que atuam em um hospital universitário do interior de São Paulo constataram lacunas na formação e nas práticas médicas acerca da temática violência de gênero. Os profissionais apontam a forma como está estruturado o atendimento e a organização do trabalho, onde não há espaços para a discussão intersetorial, não contempla espaços de escuta e apoio, as sobrecargas e às dificuldades pessoais dos profissionais, assim, não contribuem para o aprimoramento do atendimento. Estes autores colocam que é necessário assegurar espaços para capacitação e suporte profissional para trabalhar com a questão. Ressaltam que o modelo atual, muitas vezes, centrado no modelo biomédico e a grande demanda por atendimento contribuem para a invisibilidade da violência contra a mulher.

Importante ressaltar, conforme apresentado nos resultados, o profissional, em geral, ao notificar a suspeita da violência, notifica a situação da violência, apresentando uma associação favorável. Porém, pelos dados deste estudo, sugere que o preenchimento da Ficha de notificação compulsória ainda não está totalmente incorporado nas atividades dos serviços de saúde dos dez municípios que atendem as vítimas de violência, conforme observado também por Gomes *et al.*(2014).

As dificuldades assinaladas quanto ao preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória aproximam com as informações encontradas em alguns estudos. Dentre as principais dificuldades encontradas, há dificuldades de caráter operacional/administrativo, onde foi apontada a inexistência da Ficha de Notificação no serviço de saúde. Também foram apontadas a falta de capacitação para a equipe

e o desconhecimento da Ficha (GRÁFICO 1). Outras dificuldades encontradas foram associadas e apresentadas como “outras” devido à frequência menor (QUADRO 3). Questões como a extensão da Ficha e a falta de tempo para preenchimento da Ficha foram relatadas, bem como, medo das mulheres e a falta de vontade dos profissionais envolvidos. Todas estas dificuldades corroboram com as apontadas nos estudos de Smith *et al.* (2008), Silva (2012), Kind *et al.*(2013), Caixeta (2015), Sousa *et al.* (2015).

Estudo realizado com enfermeiros na Flórida, publicado em 2008, com o objetivo de encontrar as barreiras enfrentadas por estes profissionais em relação à notificação obrigatória de violência doméstica. Smith *et al.*(2008) sugerem que a violência doméstica é subestimada. Colocam a importância dos enfermeiros na realização da notificação, uma vez que, são os primeiros a entrar em contato com as vítimas, muitas vezes. Dos participantes, 27% responderam que suspeitava da violência doméstica, mas não a notificou. Assim, como a dificuldade mais frequente foi a “falta de evidências”. A segunda barreira foi associada ao paciente, onde “paciente não quer o registro do episódio”. Outros fatores foram relatados como: medo de retaliação, não querer se envolver com processos judiciais, não saber como fazer e limitação de tempo.

Silva (2012), em seu trabalho identificou os seguintes entraves à notificação: receio de sofrer represálias do agressor, não envolvimento em questões familiares, não sabe notificar, tempo curto para atender e notificar e o despreparo da equipe. Kind *et al.*(2013) também relataram receio/medo do agressor, desconhecimento da equipe quanto à Ficha de notificação, e o ato de notificar, inexistência da Ficha, organização do serviço e da assistência, e o tempo escasso para realização das atividades.

Em seu estudo, Caixeta (2015), acerca da influência da capacitação de profissionais de saúde de todo país que atendem mulheres em situação de violência apontou as seguintes dificuldades: a Ficha é extensa e de difícil entendimento, falta de tempo, e medo de implicações com o Judiciário.

Pesquisa promovida por Sousa *et al.*(2015), sobre o preenchimento da notificação compulsória da violência e os principais obstáculos para o preenchimento da Ficha nos serviços de saúde do Estado de São Paulo, a maioria dos participantes dos serviços de saúde apontaram as dificuldades referentes às mulheres (dificuldade de obter informações, resistência e/ou medo das mulheres). Seguindo das características relacionadas à ficha e razões dos profissionais. Em relação à Ficha, Sousa *et al.*(2015), colocam fatores como: difícil e complicada de preencher, é muito extensa, demora no preenchimento, fluxo falho da notificação. E quanto às razões dos profissionais, foram apresentados: falta de tempo/esquecimento dos profissionais; falta/má vontade dos profissionais.

Chama a atenção neste estudo “atuação dos profissionais de saúde acerca da notificação compulsória nos territórios do campo, da floresta e das águas” que, 43,8% dos participantes, quase a maioria, afirmaram a inexistência da Ficha de Notificação nos estabelecimentos de saúde. Porém, ter a ficha é fator necessário para a notificação compulsória, no entanto, outros fatores devem ser levados em conta, uma vez que, o profissional de saúde deve ser envolvido e sensibilizado para tal, incorporando esta atitude no cotidiano da sua prática profissional. Portanto, reforça a necessidade que todos os serviços de saúde possuam o impresso de Notificação e os

profissionais tenham conhecimento de sua existência, assim, para que haja eficiência no processo de notificação.

O desconhecimento da notificação apareceu como um dos entraves informado pelos participantes (16,9%), o que pode considerar como fator dificultador grave, uma vez que, evidenciam a necessidade de capacitação, oficinas. A falta de capacitação foi referida por 18% dos participantes, assim, a importância da capacitação, uma vez que, diante desta situação é de fundamental importância aprender a identificar e detectar os casos de violência, bem como, proceder a notificação, assim, reconhecer a violência contra a mulher como um importante problema de saúde pública, que necessita de intervenção.

No estudo de Caixeta (2015), acerca da influência da capacitação, encontrou em relação ao atendimento: acolhimento, a abordagem da situação da violência e discussão do caso com equipe, percentuais maiores nos capacitados dos que não tiveram capacitação. Em relação à notificação compulsória, entre os capacitados o percentual de profissionais que realizaram a notificação foi de 79,9% e nos não capacitados 55,7%, dados bem consideráveis, uma vez que, pelos estudos apresentados o ato de notificar é baixo. Assim, observa-se a importância da capacitação na atuação do profissional. Vale ressaltar ainda que, entre os capacitados, os profissionais que afirmaram dificuldades para o preenchimento o percentual é menor entre os não capacitados.

Outros participantes, 9% do presente estudo, afirmou sobrecarga para desenvolver as atividades e notificar, o que podemos considerar como um obstáculo para realização

da notificação da violência contra a mulher, o que sugere que essa prática pode ainda não está incorporada à rotina desses profissionais. Alinhado com o estudo de Conceição *et al.*(2012), apesar de não ser relatado pela maioria dos participantes, alguns alegaram que a Ficha é extensa e de difícil preenchimento, corrobora com Silva (2012), atuando como importante fator dificultador da notificação. O que evidencia a necessidade de capacitação e treinamentos junto à equipe de saúde, assim, uma estratégia de sensibilização e comprometimento como apoio à equipe.

Em relação à atitude do profissional, observou-se uma associação maior entre os participantes que afirmaram ter atendido uma mulher em suspeita de violência com aqueles que tomaram a atitude de discutir. Enquanto aqueles que afirmaram ter atendido uma mulher em situação de violência associaram mais com a atitude de notificar e acompanhar. Estudo mais próximo encontrado foi Oliveira *et al.*(2012), onde buscaram verificar a associação entre as condutas dos profissionais (atendimento, encaminhamento e notificação) e a violência intrafamiliar no agreste pernambucano.

6 CONCLUSÃO

Pensar a violência como questão de saúde pública para o seu enfrentamento, assume a importância da atuação do profissional de saúde, não somente ao atendimento, cuidado das vítimas como também a geração de informações úteis no combate a este problema tão grave no nosso meio.

Neste estudo, observou-se um predomínio do sexo feminino em relação ao masculino. A maioria encontra-se na faixa etária de 21 a 40 anos, sendo um pouco mais da metade casado ou com união estável. A maioria dos participantes possuía graduação/pós-graduação. A Enfermagem foi a formação superior com maior prevalência, seguido do Serviço Social e a Pedagogia. A Medicina e a Psicologia tiveram representantes, mas em percentual menor comparado com as outras categorias profissionais. A maioria dos profissionais participantes encontrava-se na atenção primária ou na gestão.

Em relação, ao objeto de estudo, a notificação compulsória da violência, percebe-se que o ato de notificar é baixo entre as categorias estudadas. Assim, em relação à suspeita da violência:

- A categoria profissional que mais notificou foi a Pedagogia e a Enfermagem e a Medicina, a categoria que menos notificou a suspeita;
- A atenção terciária foi que a mais notificou a suspeita, e o tempo na função atual foi de 1 a 3 anos.

- Um baixo percentual informou ter atendido um caso suspeito e realizado a notificação, enquanto a maioria suspeitou e não notificou.

Diante da situação de violência:

- O Serviço Social e a Psicologia foram as categorias profissionais com maior percentual de notificação do caso confirmado. A Enfermagem e a Pedagogia apresentaram percentuais aproximados, porém menores. A Medicina apresentou um baixo percentual de notificação, assim, mais da metade informou não realizar a notificação do caso confirmado da violência.
- A faixa etária foi representada de 31 a 50 anos. A atenção terciária foi a que mais notificou e o tempo na função atual foi de 1 a 3 anos.
- Uma pequena parcela afirmou realizar a notificação quando o caso é confirmado, mas, a maioria dos profissionais que atenderam o caso confirmado da violência informou que não realizou a notificação.

Importante ressaltar os fatores que se apresentaram favoráveis ao ato de notificar: o grau de instrução mais elevado tanto na suspeita quanto para a situação de violência, a faixa etária entre 31-50 anos, a atenção terciária e o tempo na função (1 a 3 anos) apresentaram percentual maior. O fato de a gestão garantir recursos necessários para as ações de combate à violência e os programas de capacitação demonstraram ser favoráveis para que o processo de notificação ocorra. Como este estudo abordou a suspeita e a situação da violência sugerem pelos dados apresentados, um melhor manejo dos profissionais onde os casos já são confirmados do que na suspeita.

Os fatores que atuam como dificultadores ao processo de notificação da violência contra a mulher são: a inexistência da Ficha para notificação da violência nas unidades de saúde, o desconhecimento desta Ficha e a não oferta de capacitação para os profissionais envolvidos, bem como a gestão não garantir recursos necessários para as ações no combate à violência.

O Ministério da Saúde avança ao ampliar o reconhecimento da violência como um problema de Saúde Pública, ao implementar a Lei nº 10.778 de 2003. Contudo, conclui-se que a violência contra as mulheres nos territórios estudados encontra-se subnotificada. Há de se analisar quanto ao exercício do profissional de saúde no país, onde as más condições de trabalho, sobrecarga e a deterioração das relações de trabalho, influenciam a qualidade do atendimento e o cuidado com a saúde dos brasileiros. Assim, no que se concerne à notificação da violência, o profissional necessita de um cenário que o ampare, auxilie e o capacite para realização da notificação. E que gere retorno das ações efetuadas.

A violência contra as mulheres é uma realidade que é identificada nos municípios estudados e, a partir de todas as dificuldades apontadas pelos profissionais colaboram para que esta violência permaneça subnotificada nestes serviços. Porém, diante da complexidade da violência, devem-se levar em conta outros fatores da subnotificação. Assim, não é objetivo responsabilizar os profissionais pela subnotificação da violência contra a mulher. Mas sim, chamar atenção da grave situação, que é uma realidade no nosso meio, em especial, nos territórios estudados.

Neste estudo, observou-se que há um desconhecimento por parte dos profissionais quanto o aspecto legal e prático da notificação da violência contra a mulher, o que alerta para as dificuldades de mapeamento de outros setores envolvidos no enfrentamento da violência contra a mulher. Diante da complexidade desse fenômeno, necessita de ações e pactuações intersetoriais, assim, a importância da consolidação da rede de enfrentamento da violência contra as mulheres.

Diante dos dados apresentados, há limitações na condição atual da atuação profissional nos municípios estudados, como o relato da “inexistência e o desconhecimento” da Ficha para notificação da violência nas unidades de saúde. A reorganização desses serviços com o reconhecimento do fluxo por toda equipe de modo a garantir a participação, bem como a devida capacitação dos profissionais podem reduzir essas limitações. A devida informação e a presença da ficha de notificação podem contribuir para o sentimento de responsabilidade da notificação, mas não basta.

Os municípios que compõem este estudo, municípios do Campo, Floresta e das Águas, em geral, localizam-se distantes das capitais. A distribuição territorial destes municípios acentua a dificuldade pela oferta de serviços de saúde para as mulheres em situação de violência. Assim, muitas vezes, esse cuidado e atenção estão estruturados na atenção primária. Diante do exposto, o trabalho em Rede assume uma grande importância. Conforme discorre Silva (2012), a Rede constitui em meio eficaz para atuação acerca da violência, dividindo as responsabilidades e ofertando apoio aos profissionais das diversas áreas, envolvidos no enfrentamento da violência contra a mulher.

O baixo percentual de notificação reforça a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos neste processo. A realização contínua de capacitação e qualificação dos profissionais é de suma importância. Além da transformação do seu registro, esta capacitação pode influenciar em um atendimento mais humanizado e acolhedor.

Valorizar as demandas trazidas pelas mulheres aos serviços de saúde também é uma das formas para reconhecer, identificar os casos de violência. Sugere a sensibilização dos profissionais atuantes no que se concerne a notificação da violência contra a mulher. Também, o desenvolvimento de programas de capacitação e educação continuada com o intuito de oferecer e garantir apoio às equipes atuantes neste processo.

A importância do ato de notificar não se resume apenas no preenchimento da Ficha de Notificação. Ao realizar a notificação, passa-se a compartilhar com outros setores da sociedade, criando-se um elo. Assim, esta constitui uma ferramenta importante para o enfrentamento da violência, o levantamento epidemiológico da situação e uma construção de uma rede de proteção para as mulheres e a população em geral. Bem como, a construção de políticas públicas voltadas para essa temática e dar conta desse problema tão grave e endêmico.

Ressalto que há poucos estudos na literatura em relação à notificação da violência contra a mulher e o profissional de saúde inserido em territórios rurais. E, uma dificuldade também em relação aos estudos acerca da violência contra a mulher do campo e da floresta. Conforme relatado por Daron (2009), o silêncio teórico, de análise

empírica do fenômeno da violência contra as mulheres do campo e da floresta não é a demonstração de que este fenômeno não faz parte da vida destas mulheres. Pelo contrário, é a demonstração de uma realidade ocultada e invisibilizada no Brasil.

Portanto, analisar a atuação dos profissionais dos territórios rurais acerca da notificação compulsória da violência nos remete para uma ampliação do olhar. Os dados apresentados não sugerem apenas dificuldades de identificar e notificar a violência contra a mulher, mas sugere a invisibilidade desse problema, tão grave. A importância deste conhecimento e a divulgação dos dados deste estudo, para que possa trabalhar na melhoria da qualidade da assistência prestada as mulheres que vivenciam esta situação. Bem como, a qualificação contínua dos profissionais inseridos neste processo e a sensibilização dos mesmos. Para que assim, o atendimento ofertado não seja tão doloroso para as mulheres, bem como para os profissionais envolvidos neste processo.

REFERÊNCIAS

AGENDE- AÇÕES EM GÊNERO CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO. **O Brasil e o cumprimento da Cedaw**. Contra-informe da sociedade civil ao VI relatório nacional brasileiro à convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher – Cedaw, período 2001 – 2005. 2007. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/relatorios/r_dhescas_br/contra_informe_cedaw_2001_2005.pdf. Acesso em abril de 2016.

ANDRADE, C.J.M.; FONSECA, R.M.G.S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-595, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fevereiro de 2016.

ÂNGULO-TUESTA. A. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 1997. 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

BARALDI, A.C.P. *et al*. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em março de 2016.

BARSTED, L.L.; PITANGUY, J. (Orgs.) **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. 436p. Disponível em http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf. Acesso em fevereiro 2016.

BORSOI, T.S.; BRANDAO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 165-174, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Constituição [da] República Federativa do Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. **D.O.U** de 5.10.1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em abril 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48p.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde público ou privado. **D.O.U.**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Seção 1, p.11. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm. Acesso em 15 abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 82p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em maio 2016.

BRASIL. Portaria Nº 936, 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **D.O.U.** 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. **D.O.U.**, Brasília, DF, 04 jun. 2004c. Seção 1. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm. Acesso em 20 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406/GM, de 5 de novembro de 2004. Institui o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **D.O.U.**, n.214, 8-11-2004d . Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por

acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01. **D.O.U.**, n.º 96 seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 64 p.(Série E. Legislação de Saúde). Disponível em [:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed). Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Governo Federal no Enfrentamento da Violência contra a Mulher. Balanço das ações 2003/2005. 2005c. Disponível em [file:///C:/Users/Regiane/Downloads/balanco_violencia%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Regiane/Downloads/balanco_violencia%20(2).pdf) Acesso em maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. 23p.(Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Caderno n.º 7). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas**. 2.ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. DISPONÍVEL EM http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf Acesso em abril 2016.

BRASIL. Portal da Cidadania. **Territórios da Cidadania**. 2008. Disponível em www.territoriosdacidadania.gov.br. Acesso em: abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.2v.(Série B. Textos Básicos de Saúde).Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnico). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_vigilancia_saude.pdf. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Mulheres do Campo e da Floresta**: Diretrizes e ações nacionais. Secretaria Nacional de Enfrentamento à

Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011a. 50p. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/campo-e-floresta>. Acesso em 10 de abril 2016.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Ideal, 2011b. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **D.O.U.** 27.7. 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2011-2014/2011/Lei/L12461.htm. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Lei Maria da Penha Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 Conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Brasília, 2012. 40p. Disponível em <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2012/lei-maria-da-penha-edicao-2012> Acesso em novembro de 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013a. 114 p. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>. Acesso em maio 2016.

BRASIL. Secretaria de Transparência. Data Senado. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Março 2013b. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf Acesso em 20 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)**: 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 164 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf. Acesso em maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**.

Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 48 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em abril de 2016.

CAIXETA, D.M.B. **Influência da capacitação no trabalho dos profissionais da saúde, que atendem mulheres em situação de violência**. 2015.104f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2015.

CARNASSALE, V. D. **Notificação da violência contra a mulher**: conhecer para intervir na realidade. 2012. 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO (CPMI). **Relatório final**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

CONCEIÇÃO, J. C.; *et al.* P. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. v.26, n.2, p. 468-477, maio/ago 2012.

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. COVISA. Coordenação de Epidemiologia e Informação. CEInfo Coordenação de Desenvolvimento de Políticas e Programas de Saúde.CODEPPS.**Manual de Preenchimento da Ficha de Notificação dos Casos Suspeitos ou Confirmados da Violência contra a Mulher**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/08_09_10_manual_sivva_1_254424639.pdf. Acesso em março 2016.

COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência.**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46,n. 5,p. 1088-1095, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 abril de 2016.

CRUZ, M. P. A. **Saúde da mulher em situação de violência**: o que pensam os gestores e gestoras municipais do sistema único de saúde. 2002. 121 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

CZERMAINSKI, A.B. C. **Análise de Correspondência**. Seminário Análise Multivariada. Escola Superior de Agricultura. Universidade de São Paulo. Piracicaba,

SP, 2004. Disponível em: <<http://www.lce.esalq.usp.br/tadeu/anabeatriz.pdf>>. Acesso em 06 de março de 2016.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência de gênero, Necessidades de Saúde e Usos de Serviços de Saúde em Atenção Primária**. 2000. 279f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 abril 2016.

DARON, V. L. P. **Um grito lilás**: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2009. (Mimeografado). Disponível em :<<http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/sev/coordenacao-geral-de-aco-es-preventivas-e-garantia-de-direitos/enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-do-campo-e-da-floresta/documentos/um%20grito%20lilas.pdf>>. Acesso em abril de 2015.

DREZETT, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Psicologia da UNIFESP**. v.2, n.1,p.36-50, 2003.

FIGUEIREDO, M. C.; *et al.* Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 254-260, set./dez. 2012. Disponível em :<<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/3381/2234>>. Acesso em abril de 2016.

FROSSARD, H. (Org.) BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. Disponível em :<<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2006/inst-int.pdf>>. Acesso em março 2016.

GALVÃO, V.A.B.M.; DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, p. x, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 maio 2016.

GARBIN, C.A.S. *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, Dez. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

GARBIN, C.A.S.; *et al.* Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 13, n.2, p.17-23.2011.

GARCIA, M.L.F. **Violência de gênero e notificação compulsória no município de Itaquaquecetuba**. 2011.103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Guarulhos. Guarulhos (SP), 2011.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; *et al.* A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1269-1278, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio 2016.

GOMES, N.P; *et al.* Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **RevEnferm UERJ**, Rio de Janeiro. v.22, n.4, p.477-81.jul/ago 2014. Disponível em:<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a07.pdf>. Acesso em maio de 2016.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, Fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em abril 2016.

HANADA. H. **Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência**. 2007. 222f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **População rural: Dados**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=11&uf=00> Acesso em 10 de abril de 2016.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres**. Data Popular/Instituto Patrícia Galvão, 2013. Disponível em: http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro_pesquisa_violencia.pdf Acesso em maio de 2015.

KIND, L.; *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, Set. 2013. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1943-1952, Mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

LANDERDAHL, M.C.; *etal.* Contribuições de um núcleo de estudos na consolidação de políticas públicas para as mulheres. **R. Enferm. UFSM** .v.1, n.1, p.71-79. 2011. Disponível em :<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2052/1557>. Acesso em maio de 2016.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S.; RODRIGUES, D.T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 42, n. 3, p. 467-473, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

LORENZONI, C. A violência nas relações de gênero e classe: uma interpretação a partir das mulheres camponesas no Rio Grande do Sul. **Libertas**, Juiz de Fora, edição especial, p.80 – 97, fev. 2007. Disponível em: <http://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1884/1332>. Acesso em maio de 2016.

LUNA, G.L.M.; FERREIRA, R.C.; VIEIRA, L.J.E.S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em abril de 2016.

MALTA, D.C.; *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 maio 2016.

MARINHEIRO, A.L.V.; VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-610, Ago. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em abril de 2016.

MELO, E.M. **Podemos prevenir a violência**. Teorias e Práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 p.(Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência).

MOREIRA, G. A.R. *et al*. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 223-230, Jun. 2013 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

MOURA, L.B.A.; *et al*. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF.**Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43,n. 6,p. 944-953, Dec. 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

OKABE, I.; FONSECA, R.M.G.S. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação.**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43,n. 2,p. 453-458, Jun 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 abril 2016.

OLIVEIRA, M.T.; *et al*. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 166-178, Mar. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

OLIVEIRA, R.N.G. **Violência de gênero e necessidades de saúde**: limites e possibilidades da estratégia da saúde da família. 2011.213f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,São Paulo, 2011. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Washington: OMS, 2002. Disponível <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf> Acesso em 15 de abril 2015.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, Mar. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

REICHENHEIM, M. E.; *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **Lancet**.v. 377, n. 6736, p.75-89.2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>. Acesso em 15 abril de 2015.

ROSA, D.O.A. **Violência provocada pelo parceiro íntimo:** prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.2013. 92f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SALIBA, O. *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 472-477, Jun 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 abril de 2015.

SCHRAIBER, L.B; *etal.* **Violência dói e não é direito:** A violência contra a mulher, a saúde e os direitos. São Paulo: Ed. Unesp. 183p. 2005.

SCHRAIBER. L.B.; *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista Saúde Pública**. v.41, n.5, p.797-807.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5854.pdf> Acesso em maio de 2016.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 3, n. 5, p. 13-26, Ago. 1999 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em abril de 2016.

SCHRAIBER, L.B.; *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, Ago. 2002 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em abril de 2016.

SILVA, J. L. **Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário:** notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na Atenção Primária. 2012.168 f. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

SMITH, J.S.; *et al.* Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. **J Trauma Nurs**.v.15, n.1, p.9-11. Jan-Mar.2008.

SOUSA, M.H. *et al.* . Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18,n. 1,p. 94-107, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Maio 2016.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L.(Orgs.). **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 186p. Disponível em: http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/arquivos/violencia_sexual. Acesso em maio de 2016.

SOUZA, E. R.; LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11,supl. p. 1211-1222, 2006 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 abril de 2016.

VELOSO, M.M.X.; *et al.* . Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, Maio 2013 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

VICENTE, L.M; VIEIRA, E.M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1): 63-71: 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/09.pdf> Acesso em maio 2016.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2015. Disponível: Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf Acesso em 10 de fevereiro de 2016.

ZAMPROGNO, L. **A relação saúde pública e violência contra as mulheres: o processo de implementação da Lei 10.778/03, no município de Cariacica**. 2013.208f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória. Disponível em: <http://www.emescam.br/arquivo/pos/scricto/dissertacoes/201202_LUANA_ZAMPROGNO.pdf>. Acesso em: 16 abril 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.UFMG. Faculdade de Medicina. **Projeto Para Elas, por elas, por eles e por nós**.2012. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>. Acesso em: 15 de julho de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION .**WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO, 2005.

APÉNDICE

APÊNDICE A - Questionário Completo

SEMINÁRIO PARA ELAS, POR ELAS, POR ELES, POR NÓS!

Prezado (a) participante,

A saúde da mulher é uma das prioridades das Políticas de Saúde do Brasil e compreende, entre outros temas, a abordagem da violência, problema ainda muito grave em nosso meio. O Projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência tem como objetivos principais a capacitação de profissionais, a organização da Rede de Atenção e a produção de conhecimento e de material científico, estratégias importantes para prover o cuidado às mulheres da cidade, do campo e da floresta, que vivenciam esse tipo de situação.

Ao responder o questionário a seguir, você irá contribuir para que tenhamos um conhecimento da realidade da violência na região onde você atua. As informações geradas a partir deste instrumento poderão auxiliar na elaboração de propostas para prevenir, promover e abordar a violência contra a mulher na sua região.

Sua contribuição é fundamental para que possamos mapear a situação atual em seu território e região de saúde. Por isto, é muito importante que você responda as questões abaixo, tendo como base sua experiência no local onde você atua, seja como gestor, trabalhador ou usuário do Sistema Único de Saúde ou de outra área que aborda a violência contra a mulher.

As informações são sigilosas e é importante que você preencha os dados de identificação para que possamos conhecer o perfil de quem está participando deste trabalho. O preenchimento do nome é opcional.

Obrigada!

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () M () F

Cidade: _____

Estado civil:

() Casado(a)/união estável/mora junto com um companheiro(a)

() Solteiro(a)

() Divorciado(a)/Separado(a)

() Viúvo(a)

Cor/Raça [IBGE]

() Preta

() Branca

() Amarela

() Parda

() Indígena

II - FORMAÇÃO

Grau de instrução

() Ensino médio (ou 2o grau ou 2o ciclo ou científico, clássico) incompleto

() Ensino médio (ou 2o grau ou 2o ciclo ou científico, clássico) completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Especialização

() Mestrado incompleto

() Mestrado completo

() Doutorado incompleto

() Doutorado completo ou Pós-Doutorado

Formação acadêmica: _____

III – TRABALHO

Instituição: _____

Função atual: _____

Tempo nessa função: _____ () meses _____ () anos

Quantas horas/semana você trabalha nessa função: _____

Turno de trabalho: _____

- manhã
- tarde
- noite
- dois turnos
- três turnos

Esfera administrativa:

- Federal
- Estadual
- Municipal
- Filantrópica
- Privada
- Outra: _____

Vínculo de trabalho:

- Concursado
- Contratado celetista
- Contratado autônomo (RPA)
- Terceirizado
- Contrato Temporário
- Outro. Especifique _____

Tem outro vínculo de trabalho?

- Não
- Sim. Qual (is)? _____

IV - REDE DE ATENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA**1 - Durante o atendimento à mulher você já teve algum caso em que tenha suspeitado de violência cometida contra ela?**

- sim
- não
- não se aplica

2 - Nos casos em que você suspeitou, qual foi o seu sentimento?

- Preocupado
- Constrangido
- Impotente
- Desorientado
- Angustiado
- Desinteressado
- Temeroso
- Outros: Especifique: _____

3 - Qual foi sua atitude frente à suspeita?

- Abordou a situação da violência
- Notificou
- Discutiu o caso com a equipe
- Agendou retorno
- Fez seguimento da mulher. Como? _____
- Fez seguimento da família. Como? _____
- Encaminhou – a para onde? _____
- Outros _____
- Não se aplica

4 - Você já atendeu alguma mulher em situação de violência?

- sim
- não
- não se aplica

5 - Qual foi sua atitude frente à mulher em situação de violência?

- Abordou a situação da violência
- Notificou
- Discutiu o caso com a equipe
- Agendou retorno
- Fez seguimento da mulher. Como? _____
- Fez seguimento da família. Como? _____
- Encaminhou - para onde? _____

Outros _____

Não se aplica

6 - Quais tipos de violência são frequentemente atendidos no serviço onde você trabalha?

Agressão física

Negligência ou abandono

Agressão verbal

Agressão sexual

Agressão moral ou psicológica

Não sei

Não se aplica

7- Qual o âmbito dos casos de violência frequentemente atendidos no serviço/Município/Estado onde você atua?

Violência comunitária

Violência estrutural

Violência doméstica

Violência institucional

Não sei

Não se aplica

8 - O Plano Municipal define ações/diretrizes para implantação e implementação do combate à violência contra a mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

9 - O Município/Estado prevê acesso na atenção primária à mulher em situação de violência.

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

10 - O Município/Estado prevê acesso em serviço especializado à mulher em situação de violência.

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

11 - O Município/Estado prevê acesso ao cuidado hospitalar a mulher em situação de violência.

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

12 - A Gestão Municipal/Estadual de Saúde estabelece estratégias de referência e contra-referência para a atenção à mulher em situação de violência.

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

13 - Quais são as ações de vigilância desenvolvidas no Município/Estado:

Notificação dos casos

Diagnóstico epidemiológico

Ações de prevenção

Ações de promoção

Ações de monitoramento

Ações de reabilitação

Não sei

14 - O Município/Estado desenvolve ações de vigilância de saúde referente à violência contra a mulher.

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

15 - O Município/Estado notifica os casos de violência contra a mulher.

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

16 - A ficha de notificação está disponível no serviço?

Sim

Não

Não sei

17 - Existe dificuldade no preenchimento da ficha de notificação?

Não

Sim. Qual _____

18 - Você realiza a notificação quando o caso de violência é declarado pela vítima ou responsável:

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não se aplica

19 - A Gestão Municipal/Estadual de Saúde garante os recursos necessários (estrutura física, recursos humanos, insumos, equipamentos, etc) para as ações no combate à violência contra a mulher nas unidades de atenção à saúde:

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

20 - A gestão Municipal/Estadual oferece programas de capacitação para os profissionais, referente à abordagem da mulher em situação de violência.

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

21 - Em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência?

Sim. Quais? _____

Não. Por quê? _____

Não possui opinião formada.

22 - Em sua opinião é uma das funções da saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência contra a mulher?

Sim. Quais? _____

Não. Por quê? _____

Não possui opinião formada.

23 - Aponte algumas das dificuldades para o desenvolvimento das ações de prevenção da violência contra a mulher? _____

24 - Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência contra a mulher?

Sim. Quais? _____

Não

25 - Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência contra a mulher no Município/Estado em que trabalha?

Sim

Não

Não sei

26 - A equipe de saúde de onde você trabalha participa dessa iniciativa?

Sim

Não

Não sei

Não se aplica

27 - Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de proteção e/ou de recuperação de agressores?

Sim. Quais? _____

Não

28 - Há no seu Município/Estado preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência contra a mulher?

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

29 - Quais são os serviços que oferecem atenção à mulher em situação de violência sexual no Município/Estado onde você trabalha?

Cadeia de custódia

Delegacia especializada no atendimento a mulher vítima de violência

Conselho Municipal dos Direitos da Mulher

CAVIV - Centro de Atendimento às Vítimas de Violência

Casa Abrigo

Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher

Serviços de Emergência Hospitalares

Unidades de Pronto Atendimento

Atenção Terciária (hospital de referência) - Citar nome do Estabelecimento: _____

Atenção Secundária

Atenção Primária

Referência para outro município

Não existe oferta de atenção à mulher em situação de violência

Outros: _____

Não sei

30 - Para a atenção a mulher em situação de violência, o setor saúde se articula com:

Delegacia de Mulheres

Secretaria de Defesa Social

Secretaria de justiça

Secretaria de Assistência Social

Entidades de proteção a mulher

Secretaria de Direitos Humanos

Movimento Feminista

Outro(s). Qual(is): _____

Não sei

31 - Sobre a interrupção da gestação prevista em lei no SUS, você:

Concorda

Discorda

Não tem opinião formada

32- O serviço aonde você atua, ou com os quais tem parceria, realizam interrupção de gestação nos casos previstos em lei.

Sim

Não

Não sei

Não se aplica

33 - Em sua opinião, quais as dificuldades para interromper a gestação de acordo com a lei?

Religiosa

Familiar

Cultural

Cultural dos profissionais

Não têm hospital

Técnica/estrutura do serviço

Técnica /capacitação dos profissionais

34 - Em sua opinião, os profissionais que fazem o aborto legal sofrem discriminação?

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

35 - O serviço onde você atua segue o protocolo do Ministério da Saúde de atenção à mulher em situação de violência sexual?

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

36 - O serviço onde você atua oferta anticoncepção de emergência?

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

37 - O serviço onde você atua oferta tratamento profilático e imunoprofilático (antibióticos para prevenção de sífilis, Neisseria, Chlamidia, a profilaxia contra HIV e imunoprofilaxia contra a Hepatite B)?

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Raramente

Nunca

Não sei

Não se aplica

38 - O serviço onde você atua realiza a coleta de material para identificação do agressor?

Sim

Não

Encaminha para o IML

Encaminha para a Delegacia de Polícia

Não sei

Não se aplica

39 - O serviço onde você atua informa quanto ao direito de interrupção da gestação prevista em lei?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei
- Não se aplica

40 - Em sua opinião, a atenção à mulher em situação de violência em seu Município/Estado é:

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não tenho opinião formada

41 - Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência e promover a cultura de paz?

V - O QUE VOCÊ PENSA SOBRE:

42 - Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Discordo parcialmente
- Não tenho opinião formada

43 - Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Discordo parcialmente
- Não tenho opinião formada

44 - É importante para o homem mostrar à sua parceira quem é que manda.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Discordo parcialmente
- Não tenho opinião formada

45 - Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu marido não concorda.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Discordo parcialmente
- Não tenho opinião formada

46 - É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Discordo parcialmente
- Não tenho opinião formada

47 - Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Discordo parcialmente
- Não tenho opinião formada

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Questionário - gestores, gerentes e profissionais de saúde

Você esta sendo convidado a responder o questionário sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, que pretende identificar, a partir de sua percepção, o perfil da violência contra mulher nas regiões onde você atua como gestor, gerente e/ou profissional, a rede de saúde local disponível, o cuidado (curativo, preventivo, proteção e/ou de reabilitação) que essa rede presta à mulher que se encontra nessa situação de violência. É projeto da Universidade Federal de Minas Gerais, financiado e apoiado tecnicamente pelo Ministério da Saúde e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os responsáveis pelo projeto. Será também resguardado o anonimato das informações, as análises sendo sempre apresentadas para o conjunto, nunca remetendo a qualquer participante em particular. A sua participação é gratuita e voluntária e sua recusa em participar não lhe trará qualquer problema, de qualquer natureza. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos. As gravações serão destruídas após a finalização do trabalho.

Este procedimento não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre o projeto. Nós, os responsáveis, estaremos à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar preencher o questionário do Projeto de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro das condições acima expostas.

Responsáveis:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo - DMPS/Faculdade de Medicina da UFMG, Tel. 34099945

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Campus Pampulha - Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

ANEXO B – LEI 10.778**LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.**

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado.

§ 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3º Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4º As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na [Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975](#).

Art. 7º O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima
José Dirceu de Oliveira e Silva

Este texto não substitui o publicado no DOU de 25.11.2003.

ANEXO C - FICHA DE NOTIFICAÇÃO

| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | | Nº | |
|--|--|--|--|----|--|
| FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS | | | | | |
| Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). | | | | | |
| Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003). | | | | | |
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | |
| | 2 Agravado/doença | | VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS | | 3 Data da notificação |
| | 4 UF | | 5 Município de notificação | | 6 Código (IBGE) |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | 7 Código (CNES) | | 7 Data da ocorrência da violência |
| Notificação Individual | 8 Nome do paciente | | | | 9 Data de nascimento |
| | 10 (ou) Idade | | 11 Sexo | | 12 Gestante |
| | 14 Escolaridade | | 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe |
| | 17 UF | | 18 Município de Residência | | 19 Distrito |
| Dados de Residência | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | 22 Código |
| | 22 Número | | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | 24 Geo campo 1 |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | | 27 CEP |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona | | 30 País (se residente fora do Brasil) |
| | 31 Ocupação | | | | |
| | 32 Situação conjugal / Estado civil | | | | |
| Dados da Pessoa Atendida | 33 Situação conjugal / Estado civil | | 34 Possui algum tipo de deficiência/transorno? | | 35 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? |
| | 36 UF | | 37 Município de ocorrência | | 38 Distrito |
| | 39 Bairro | | 40 Logradouro (rua, avenida,...) | | 41 Código |
| Dados da Ocorrência | 41 Número | | 42 Complemento (apto., casa, ...) | | 43 Geo campo 3 |
| | 44 Geo campo 4 | | 45 Ponto de Referência | | 46 Zona |
| | 47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) | | 48 Local de ocorrência | | 49 Ocorreu outras vezes? |
| | 50 A lesão foi autoprovocada? | | 51 Ocorreu outras vezes? | | 52 A lesão foi autoprovocada? |
| | 53 Ocorreu outras vezes? | | 54 A lesão foi autoprovocada? | | 55 A lesão foi autoprovocada? |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|
| Tipologia da violência | 51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | | 52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos | <input type="checkbox"/> Intervenção legal | <input type="checkbox"/> Força corporal/espôncamento | <input type="checkbox"/> Obj. pênfuro-cortante | <input type="checkbox"/> Arma de fogo |
| Violência Sexual | 53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | | 54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Assédio sexual | <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor | <input type="checkbox"/> Exploração sexual | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Anal | <input type="checkbox"/> Vaginal |
| | <input type="checkbox"/> Estupro | <input type="checkbox"/> Pornografia infantil | <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | |
| Consequências da violência | 55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Profilaxia DST | <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B | <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen | <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência | | |
| Lesão | 56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> DST | <input type="checkbox"/> Transtorno mental | <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático | | |
| Lesão | 57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) | | | 10 - Queimadura <input type="checkbox"/> | | |
| | 01 - Contusão | 04 - Fratura | 07 - Traumatismo crânio-encefálico | 11 - Outros | | |
| Lesão | 58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) | | | 10 - Órgãos genitais/ânus <input type="checkbox"/> | | |
| | 01 - Cabeça/face | 04 - Coluna/medula | 07 - Quadril/pelve | 11 - Múltiplos órgãos/regiões | | |
| Dados do provável autor da agressão | 59 Número de envolvidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | | 61 Sexo do provável autor da agressão | | |
| | 1 - Um <input type="checkbox"/> | 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> | 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 1 - Masculino <input type="checkbox"/> | 2 - Feminino <input type="checkbox"/> | 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> |
| Evolução e encaminhamento | 60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | | 62 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge | <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos | <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei | | |
| Evolução e encaminhamento | 63 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | 64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | | | | |
| Evolução e encaminhamento | 65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> | | | 66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> | | |
| | 1 - Sim | 2 - Não | 9 - Ignorado | 1 - Sim | 2 - Não | 8 - Não se aplica |
| Evolução e encaminhamento | 67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | 68 Classificação final <input type="checkbox"/> | | | 69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> | | |
| <p align="center">Informações complementares e observações</p> <p>Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____</p> <p>Observações Adicionais: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | |
| <p align="center">TELEFONES ÚTEIS</p> <p>Disque-Saúde 0800 61 1997 Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100</p> | | | | | | |
| Notificador | Município/Unidade de Saúde _____ | | | Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ | | |
| | Nome _____ | | Função _____ | | Assinatura _____ | |
| <p>Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008</p> | | | | | | |

ANEXO D - PORTARIA Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os parágrafos 2º e 3º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembleia Geral, da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005).

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravado: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que, nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e às SMS que também deverão informar imediatamente à SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail (notifica@saude.gov.br) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs).

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

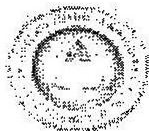
ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;

14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana -HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

ANEXO E - APROVAÇÃO COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Simone Mendes Carvalho
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de junho de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "Acolhimento qualificado da mulher em situação de violência" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto


Prof. Maria Teresa Marques Amara
Coordenadora do COEP-UFMG