



Jéssica Cândida Roque Figueiredo

**PERFIL DOS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA MULHERES E A IDENTIFICAÇÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Belo Horizonte

2018

Jéssica Cândida Roque Figueiredo

**PERFIL DOS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES E A
IDENTIFICAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Saúde Pública.**

Orientadora: M.^aAna Renata Moura Rabelo

Belo Horizonte

2018

F475p	<p>Figueiredo, Jéssica Candida Roque. Perfil dos casos de violência doméstica contra mulheres e a identificação na atenção básica. / Jéssica Candida Roque Figueiredo. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.</p> <p>45 p.</p> <p>Orientador(a): Ana Renata Moura Rabelo.</p> <p>Monografia (Especialização) em Saúde Pública.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Violência doméstica. 2. Atenção básica. 3. Violência contra a mulher. 4. Notificação compulsória. I. Rabelo, Ana Renata Moura. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.</p>
NLM WA 309	

Jéssica Cândida Roque Figueiredo

PERFIL DOS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES E A
IDENTIFICAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde Pública
do Estado de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do Título
de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 8 de junho de 2018

Banca Examinadora:

Dr.^a Ana Paula Mendes Carvalho
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

M.^a Janaína Passos de Paula
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

M.^a Ana Renata Moura Rabelo
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Belo Horizonte

2018

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor e suporte incondicionais e pela concretude de suas promessas!

Aos meus pais, por serem minha base e grandes incentivadores.

A Luísa, que com seu doce olhar, me faz querer continuar.

A minha orientadora Ana Renata, pela paciência, incentivo e por compartilhar seus conhecimentos comigo.

A SES-MG, pela contribuição com fornecimento de dados para produção deste estudo.

Aos colegas e professores da ESP, que me proporcionaram momentos inesquecíveis!

Aos colegas do Centro de Saúde Serrano, por compreenderem minha ausência durante as semanas de aula e contribuírem para realização deste trabalho. Em especial, a Cássia, por todo apoio, confiança e parceria.

RESUMO

A violência é um problema de saúde pública que afeta homens e mulheres de maneiras diferentes. A violência doméstica está diretamente relacionada a questões de gênero e enfrenta desafios quanto a abordagem por profissionais de saúde, sendo esperado da atenção básica, devido a proximidade com a comunidade, a atuação na identificação e acolhimento destes casos. O objetivo geral desse estudo consiste em analisar o perfil dos casos de violência doméstica contra mulheres residentes em Belo Horizonte, notificados de 2013 a 2017, e sua relação com o processo de identificação dos casos pelos profissionais da Atenção Básica. Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A amostra foi composta por 3.081 casos notificados no SINAN de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Para a análise comparativa do perfil da violência entre os grupos (casos notificados pela atenção básica *versus* casos notificados por outro ponto da rede de atendimento à mulher), contou-se com a utilização do software Epi Info® 7.2.2.6 (2018), utilizando-se do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Os dados foram avaliados, em termos de parâmetros de qualidade, em relação a completude. Todos os preceitos éticos e legais foram respeitados. A maioria dos casos foi notificada pela atenção secundária e terciária (61,9%) e o perfil de mulheres predominante foi: faixa etária de 20 a 49 anos (38,8%), parda e preta (51,4%), ensino fundamental incompleto (16,7%) e solteiras (29,9%). O tipo de agressão sofrida por essas mulheres que sobressaiu foi a violência física (50,5%), seguida de psicológica (32,4%) e posteriormente sexual (30,4%), prevalecendo os casos em que os agressores eram amigos/pessoas conhecidas pela vítima (16,6%), cônjuge (15,0%) e filhos (as) (10,3%); a maioria das agressões praticadas por homens ou com participação de homens (65,9%) e classificadas como violência de repetição (36,9%). Comparando as notificações realizadas na atenção básica e outros níveis de atenção constatou-se associação estatística ($p < 0,05$) entre: tipos de violência física, psicológica/moral, sexual, financeira/econômico e negligência/abandono e violência de repetição. Conclui-se que estudar o perfil sociodemográfico de casos notificados de violência contra mulher permitiu analisar os desafios que envolvem o processo de identificação e condução dos casos pelos profissionais de saúde e assim, contribuir para a reflexão e proposição de

estratégias com a finalidade de obter êxito na abordagem e acolhimento realizados na atenção básica.

Palavras-Chave: Violência doméstica; Atenção Básica; Violência Contra a Mulher; Notificação Compulsória.

ABSTRACT

The violence is a public health problem that affects men and women in different ways. Domestic violence is directly related to gender issues and faces challenges regarding the approach by health professionals, being expected from basic attention due to the proximity to the community, the performance in identifying and welcoming these Cases. The general objective of this study is to analyze the profile of cases of domestic violence against women resident in Belo Horizonte, notified from 2013 to 2017, and their relationship with the process of identification of cases by the professionals of the basic attention. It is a cross-examination, analytical, with quantitative approach, carried out from secondary data of the information System of Notification grievances (SINAN). The sample was composed of 3,081 cases notified in the January SINAN, 2013 to December 2017. For the comparative analysis of the profile of violence among groups (cases notified by basic attention versus cases notified by another point of the Women's Service Network), the use of the Epi Info ® 7.2.2.6 (2018) software was included, using the Chi-squared test, 5% significance level. The data were evaluated in terms of quality parameters in relation to completeness. All ethical and legal precepts have been respected. Most cases were notified by secondary and tertiary attention (61.9%) and the predominant women's profile was: age range from 20 to 49 years (38.8%), Brown and black (51.4%), incomplete elementary School (16.7%) and single (29.9%). The type of aggression suffered by these women that stood out was physical violence (50.5%), followed by psychological (32.4%) and subsequently sexual (30.4%), prevailing cases where the aggressors were friends/people known to the victim (16.6%), spouse (15.0%) and children (10.3%); most aggressions performed by men or with male participation (65.9%) and classified as repeat violence (36.9%). By compared to the notifications carried out in the basic attention and other levels of attention, the Statistical Association was found ($p < 0.05$) between: types of physical, psychological/moral, sexual, financial/economic violence and negligence/abandonment and violence of Repetition. It is concluded that studying the demographic profile of notified cases of violence against women has allowed to analyze the challenges that involve the process of identifying and conducting cases by health professionals and thus contribute to the reflection and Proposition of

strategies for the purpose of achieving success in the approach and reception carried out in the basic attention.

Keywords: Domestic Violence; Basic Attention; Violence Against Women; Compulsory Notification.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das notificações quanto aos níveis de atenção. Belo Horizonte, 2013 - 2017	23
Tabela 2 - Distribuição das mulheres que sofreram violência domiciliar no município por faixa etária. Belo Horizonte, 2013 - 2017	24
Tabela 3 - Distribuição das mulheres que sofreram violência domiciliar no município quanto a Raça/Cor. Belo Horizonte, 2013 - 2017	24
Tabela 4 - Distribuição das mulheres que sofreram violência domiciliar no município quanto a escolaridade. Belo Horizonte, 2013 - 2017	24
Tabela 5 - Distribuição das mulheres que sofreram violência domiciliar no município em relação à situação conjugal. Belo Horizonte, 2013 - 2017	25
Tabela 6 – Distribuição quanto ao tipo de violência efetuada contra as mulheres dos casos notificados. Belo Horizonte, 2013 - 2017	25
Tabela 7 - Distribuição das mulheres que sofreram violência quanto ao tipo de vínculo com o agressor. Belo Horizonte, 2013 - 2017	26
Tabela 8 - Comparação dos casos de violência doméstica conforme Unidade Notificadora. Belo Horizonte, 2013 – 2017	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças – capítulo 10
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 Tipo de estudo.....	17
3.2 Fonte de dados.....	17
3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	17
3.4 População e amostra.....	19
3.5 Caracterização do município estudado.....	20
3.6 Tratamento e análise dos dados.....	20
3.7 Aspectos éticos.....	22
4 RESULTADOS.....	23
4.1 Perfil dos casos notificados de violência intrafamiliar/doméstica contra mulheres residentes em Belo Horizonte.....	23
4.2 Perfil comparativo entre os grupos de casos notificados.....	27
5 DISCUSSÃO.....	29
5.1 Principais discussões sobre o perfil da violência intrafamiliar/doméstica contra a mulher.....	29
5.2. Comparação das notificações em relação aos níveis de atenção e contribuição para a melhoria do processo de identificação dos casos na Atenção Básica.....	32
6 CONCLUSÕES.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA.....	44

INTRODUÇÃO

A violência é um problema mundial que causa impacto na saúde e repercute na qualidade de vida das pessoas. De acordo com Minayo (2006) a violência é um fenômeno que afeta a saúde individual e coletiva, causando danos, lesões, traumas e mortes, exigindo a organização de práticas e de serviços específicos, além de aparatos de segurança pública.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como:

O uso intencional da 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 737/GM (2001) aponta que a violência no Brasil constitui uma das causas externas, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), sendo uma questão de saúde pública e um agravo à saúde que pode levar a óbito.

Destaca-se ainda que a partir da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, a violência contra mulher foi definida como evento de notificação compulsória em todo o território nacional. A obrigatoriedade da notificação compulsória contra violência é prevista na Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 e por meio da Portaria GM/MS nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a violência foi inserida na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados do país.

De acordo com Garbin *et al.* (2015) notificar casos suspeitos ou confirmados de violência além de ser legalmente obrigatório a todos os profissionais de saúde e possibilitar que os órgãos competentes, tais como vigilância epidemiológica, dimensionem e subsidiem ações para o enfrentamento do problema, desvela-se como uma atuação pautada no compromisso ético visando a prevenção, acompanhamento e proteção das vítimas.

No que concerne a violência contra mulheres é fundamental o entendimento das questões de gênero. De acordo com Brasil (2004) um mesmo problema afeta homens e mulheres de maneiras distintas, principalmente no que se refere a

violência doméstica, que está relacionada a uma morbidade maior na população feminina.

A violência contra as mulheres não pode ser entendida sem se considerar a dimensão de gênero, ou seja, a construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres. É um fenômeno, portanto, que se dá no nível relacional e societal (...) (BRASIL, 2011, p.20).

De acordo com a OMS (2012) a violência que é praticada por parceiro íntimo, apesar de afetar a todos, é mais vivenciada por mulheres e praticada por homens, gerando uma desigualdade estrutural de gênero e enfatizando “[...] o patriarcado, as relações de poder hierárquico e as construções de masculinidade e feminilidade como propulsores predominantes e generalizados do problema” (OMS, 2012, p.6).

Os casos de violência são observados em variados contextos, atingindo mulheres de todas as classes sociais, etnias e regiões brasileiras (BRASIL, 2011), mas a maioria dos casos de violência contra mulheres ocorre no ambiente doméstico e familiar e o agressor é alguém que mantém ou manteve relação próxima com a vítima, geralmente marido, companheiro ou namorado (ARAÚJO, 2008).

Além de atingir mulheres de diferentes regiões, origens, escolaridade, estados civis, idades, orientações sexuais e raças, existem formas distintas de violência. A lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (“Lei Maria da Penha”), que consiste em um importante avanço legal para o direito das mulheres brasileiras, categoriza as formas de violência domiciliar e familiar contra a mulher, em: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Além disso, são definidas nesta lei, as medidas integradas de prevenção, a determinação de encaminhamentos e a assistência às mulheres em situação de violência pela equipe multidisciplinar.

Porém, mesmo diante de avanços legais e até mesmo da intensa discussão dessa temática que vivemos na atualidade, considera-se que a atenção às mulheres em situação de violência ainda é um desafio, havendo dificuldade, por parte dos profissionais da saúde, de diagnosticar e registrar os casos de violência intrafamiliar (BRASIL, 2002).

Lettiere e Nakano (2015) afirmam que a qualidade da assistência é comprometida especialmente pela ausência dos princípios da atenção integral e transversal na condução dos casos de violência contra mulher. As autoras enfatizam

que as mulheres em situação de violência apresentam demandas diversas, sendo necessário que o profissional disponha de uma visão mais ampla, abandone padrões fechados de atendimento e compreenda o contexto em que a violência está inscrita.

De acordo com Moreira *et al.* (2014) o limitado preparo da equipe para lidar com situações de violência, incluindo a concepção do profissional sobre o que é e o que causa a violência, são influenciadores quanto à conduta nos casos. As autoras destacam que apesar da atenção básica oferecer condições favoráveis para a construção de práticas voltadas para o enfrentamento da violência doméstica, muitos profissionais da equipe adotam uma postura de omissão diante dos casos, não reconhecendo a violência como objeto de seu trabalho.

Apesar disso, espera-se que o atendimento à mulher em situação de violência seja acolhedor e resolutivo. Nessa perspectiva, os profissionais das equipes de atenção básica, dentre suas variadas atribuições, devem:

Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2012, p 44).

A justificativa deste estudo está em considerar que a violência doméstica se constitui como um fenômeno cultural e social de longa data no Brasil e no mundo e ainda produtor de profundas marcas nas diferentes gerações de mulheres. Além disso, é depositado no setor saúde, em especial na atenção básica, grande expectativa de identificação, acolhimento e atuação sobre esses casos, uma vez que esses profissionais tem maior proximidade com as mulheres na sua comunidade (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015) e são orientados a atuar por uma vertente que visa reduzir riscos e propiciar a promoção da saúde.

Desta forma, os dados apresentados e a própria realidade vivenciada pela pesquisadora no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte demonstram que há um contexto de grande complexidade do cuidado prestado às mulheres em situação de violência, exigindo inclusive boa articulação intersetorial das equipes no território. Diante disso, a fim de caracterizar com maior

profundidade os casos notificados em Belo Horizonte de 2013 a 2017, comparar o perfil de casos notificados em diferentes pontos da rede de atenção e o processo de identificação dos casos na atenção básica, questiona-se: há diferença significativa entre o perfil dos casos de violência doméstica contra mulheres, residentes em Belo Horizonte, identificados de 2013 a 2017 pela atenção básica ou por outros pontos da rede de atendimento à mulher?

A relevância do estudo está em, a partir da discussão dos resultados encontrados, contribuir para a ampliação dos estudos na área, além de propor estratégias de melhoria do processo de atuação dos profissionais da Atenção Básica frente à violência doméstica contra mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o perfil dos casos de violência doméstica contra mulheres residentes em Belo Horizonte, notificados de 2013 a 2017, e sua relação com o processo de identificação dos casos pelos profissionais da Atenção Básica.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil dos casos, notificados de 2013 a 2017, de violência doméstica contra mulheres residentes no município de Belo Horizonte.
- Comparar o perfil dos casos notificados pela atenção básica com o perfil dos casos notificados por outras unidades notificadoras.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. “[...] Os estudos transversais analíticos possibilitam uma reflexão sobre a situação encontrada no momento da avaliação, mostrando um retrato instantâneo da amostra estudada” (MACIEL; GUERRA, 2007, p.185).

3.2 Fonte de dados

A pesquisa foi realizada a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tabulados pelo Programa TABNET, gerido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

O aplicativo TABNET foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e “é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular” (BRASIL, 2018, p.2).

Os dados foram disponibilizados pela SES-MG em fevereiro de 2018 e tabulados a partir de um recorte temporal de cinco anos (janeiro de 2013 a dezembro de 2017) dos casos notificados no SINAN de violência interpessoal.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

O critério utilizado para caracterizar os casos como violência doméstica foi o descrito na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (“Lei Maria da Penha”), na qual:

[...] configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I-no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II-no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III-em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

Desta forma, foram excluídos da amostra os casos afirmativos para as variáveis/itens da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO A) que não se caracterizavam como violência domiciliar/intrafamiliar: 54. A lesão foi autoprovocada?; 61. Relação com a pessoa atendida – Desconhecido; 61. Relação com a pessoa atendida – patrão/chefe; 61. Relação com a pessoa atendida – pessoa com relação institucional; 61. Relação com a pessoa atendida – policial/agente da lei; 61. Relação com a pessoa atendida – Própria pessoa; 61. Relação com a pessoa atendida – Outros; 66. Violência relacionada ao trabalho.

Além disso, utilizou-se o sexo feminino, na variável 13-Sexo, enquanto critério de inclusão, uma vez que este estudo orienta-se pela vertente de entendimento da violência contra a mulher como um fenômeno determinado socialmente e historicamente pelas desigualdades de gênero.

A opção por Belo Horizonte, enquanto município de residência dos casos justificou-se por: ser o município com maior população do estado; o local de atuação da pesquisadora e, portanto com maior apropriação para discussão dos casos; e ainda pelos investimentos realizados no município no quesito de estruturação e consolidação de políticas de promoção da saúde e redes de atenção que visam o enfrentamento a situações de violência pelos serviços de saúde.

Foram selecionadas variáveis com vistas a caracterizar o perfil da violência e relacionar com o processo de identificação das vítimas pela atenção básica. Referente aos dados do tipo de unidade notificadora foi utilizado o item 8.1 da ficha de notificação, que se refere ao Código CNES.

No que se refere ao perfil da pessoa em situação de violência, utilizaram-se as seguintes variáveis/itens da ficha: 12. Idade; 15. Raça/Cor; 16. Escolaridade; 35. Situação conjugal.

Relativo às características da violência notificada, foram selecionadas para a análise as seguintes variáveis/itens da ficha: 53. Ocorreu outras vezes?; 56. Tipo de Violência – Física; 56. Tipo de Violência - psicológica/ moral; 56. Tipo de Violência – Tortura; 56. Tipo de Violência – Sexual; 56. Tipo de Violência - Tráfico de seres humanos; 56. Tipo de Violência - financeira/econômico; 56. Tipo de Violência - Negligencia/ abandono; 56. Tipo de Violência - Trabalho infantil; 56. Tipo de Violência - Intervenção legal; 56. Tipo de Violência – Outros.

Quanto ao tipo de vínculo com agressor, as variáveis/itens relacionados são: 61. Relação com a pessoa atendida – Pai; 61. Relação com a pessoa atendida – Mãe; 61. Relação com a pessoa atendida – Padrasto; 61. Relação com a pessoa atendida – Madrasta; 61. Relação com a pessoa atendida – Cônjuge; 61. Relação com a pessoa atendida – Ex-cônjuge; 61. Relação com a pessoa atendida – Namorado(a); 61. Relação com a pessoa atendida – Ex-namorado(a); 61. Relação com a pessoa atendida – Filho (a); 61. Relação com a pessoa atendida – Irmão (ã); 61. Relação com a pessoa atendida – Amigos/conhecidos; 61. Relação com a pessoa atendida – cuidador. Quanto a variável/item que informa o possível autor da agressão, utilizou-se: 62. Sexo do provável autor da violência.

Para comparação entre os grupos (casos notificados pela atenção básica *versus* casos notificados por outro ponto da rede de atendimento à mulher) foram selecionadas as variáveis relacionadas ao: tipo de violência e quesito repetição do agravo de notificação, campos 53 e 56 da ficha de notificação. A escolha dessas variáveis para a fase de comparação entre os serviços notificadores está relacionada à possibilidade vislumbrada *à priori* para relacionamento dos achados com a literatura.

De janeiro de 2013 a dezembro de 2017, foram notificados no SINAN, 161.263 casos de Violência Interpessoal/ Autoprovocada no estado de Minas Gerais.

Destas notificações, foram selecionadas as que as vítimas de agressão residiam no município de Belo Horizonte (município de residência dos casos notificados), resultando em 6.312 casos (3,91%).

Posteriormente, foram filtradas as ocorrências em que a vítima era do sexo feminino, totalizando 4.444 mulheres (70,40% dos casos). Em seguida, foram selecionados os casos de violência domiciliar/intrafamiliar, totalizando 3.081 notificações (69,32% dos casos) de violência doméstica/intrafamiliar contra mulheres residentes em Belo Horizonte: amostra adotada neste estudo.

3.4 População e amostra

A amostra foi composta por 3.081 casos notificados no SINAN de 2013 a 2017 (de janeiro de 2013 a dezembro de 2017), que consistem em mulheres que vivenciaram situação de violência doméstica e residem em Belo Horizonte-MG. Para

realização deste recorte populacional utilizou-se o seguinte item/ variável da ficha de notificação: 20. Município de residência.

Além disso, a escolha metodológica de analisar todos os casos do estado foi levantada como uma opção, no entanto, ao optar por trabalhar a violência do ponto de vista da atenção básica, considerou-se que, enquanto esfera de gestão, sendo este escopo de atenção de responsabilidade municipal, a análise seria melhor contextualizada ao partir dos casos residentes em um município.

3.5 Caracterização do município estudado

No ano de 2017 a população estimada em Belo Horizonte era de 2.523.794 habitantes, a distribuição por sexo representa da seguinte forma: 53,1% de mulheres e 46,9% de homens e sendo a maioria da população concentrada na faixa etária de 15 a 49 anos (43,2%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2018).

O município é dividido em nove Distritos Sanitários que compõem o cenário da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A gestão municipal utiliza como modelo assistencial de atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e possui atualmente 152 centros de saúde e 588 equipes de ESF implantadas (BELO HORIZONTE - PBH, 2018).

Belo Horizonte tem um perfil de zona urbana e assume papel, enquanto capital, de pólo para vários municípios, em especial da Região Metropolitana. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,810 e o PIB per capita de R\$34,910,13 . No município, 96.2% de domicílios apresentam esgotamento sanitário adequado, 82.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44.2% com urbanização adequada. A taxa de mortalidade infantil média na última análise em 2014 foi de 9,99 óbitos por mil nascidos vivos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2018).

3.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram disponibilizados pela SES-MG sob o formato de banco de dados, empregando uma planilha do programa *Excell for Windows*.

Na análise descritiva, componente do capítulo 4.1, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas das variáveis. Para comparação das variáveis categóricas entre os grupos (casos notificados pela atenção básica *versus* casos notificados por outro ponto da rede de atendimento à mulher), dados apresentados no capítulo 4.2, foi utilizado o teste qui-quadrado considerando o nível de significância de 5%. Utilizou-se o software Epi Info® 7.2.2.6 (2018) para análise dos dados.

Desde que a violência foi incorporada à lista nacional de notificação compulsória e, no período selecionado para este estudo (2013 a 2017), ocorreram algumas alterações na ficha de notificação. Dessa forma, sinalizamos que, de forma a compreender itens vazios no banco de dados ou preenchidos de modo incorreto, utilizamos os Dicionários de Dados: SINAN NET na Versão 4.0 (revisado em 2010) e na Versão 5.0/Patch 5.1 (revisado em 2015). No entanto, as alterações observadas nos itens/variáveis selecionados para este estudo relacionam-se apenas com mudanças na estruturação numérica da ficha de notificação.

Quando se utilizam dados secundários de sistemas de informação, a qualidade das informações está diretamente relacionada com a completude dos campos de preenchimento. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2016) o instrumento de notificação possui os campos de preenchimento obrigatório que são “aquele(s) cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no SINAN” (BRASIL, 2016, p. 29), o campo de preenchimento essencial que “apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional” (BRASIL, 2016, p. 29) e o campo chave, que é utilizado para identificação dos registros no sistema. Os resultados encontrados no estudo mostraram que muitos campos essenciais da ficha de notificação foram preenchidos como “ignorado” ou estavam em branco.

O sistema de avaliação qualitativa do SINAN define parâmetros para análise da completude das fichas de notificação a partir de categorias que vão de 1 a 4, as quais significam, respectivamente, as proporções de completude de 0,0-25,0%, 25,1-50,0%, 50,1-75,0% e 75,1-100,0% (BRASIL, 2015). Assim, de acordo com Abath *et al.* (2014), para avaliar o grau de completude das variáveis, pode-se classificá-las como: boa (igual ou superior a 75,1%), regular (de 50,1 a 75,0%), baixa (25,1 a 50,0%) e completude muito baixa (igual ou inferior a 25,0%).

Dessa forma, somando os itens ignorados e vazios do estudo, conforme serão apresentados nas tabelas, observa-se um grau de completude heterogêneo entre as variáveis, podendo, as informações utilizadas, serem classificadas como boas (categoria 1) ou regulares (categoria 2). As variáveis/itens que se enquadram na categoria 1 são: situação conjugal (77,2%), violência física (82,4%), violência psicológica/moral (79,5%), tortura (75,75), violência sexual (81,1%), tráfico de seres humanos (77,8%), violência financeira/econômico (77,1%), negligência/abandono (80,6%), trabalho infantil (77,7%), intervenção legal (76,8%) e o sexo do provável autor da violência (77,9%).

As variáveis/itens classificados quanto a completude como categoria 2 são: raça/cor (74,4%), escolaridade (52,5%) e outros tipos de violência (71,5%). Além desses, referente ao tipo de vínculo com agressor, todos os itens podem ser classificados como regulares, sendo eles: pai (71,5%), mãe (71,8%), padrasto (71,2%), madrasta (70,9%), cônjuge (72,3%), ex-cônjuge (70,6%), namorado (a) (70,7%), ex-namorado (a) (70,3%), filho (a) (72,6%), irmão (a) (70,8%), amigos/conhecidos (71,5%), cuidador (70,9%). Do mesmo modo, pode ser classificado como regular a completude das informações no que concerne a classificação da violência no quesito repetição (58,3%).

3.7 Aspectos éticos

Para a realização desta pesquisa foram respeitados os preceitos éticos e legais, de modo que nenhuma informação de caráter sigiloso está exposta no banco de dados que obtivemos acesso, nem nos resultados e discussão da pesquisa. Dessa forma o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa devido a análise ter sido realizada com preservação dos dados pessoais, sendo que o banco de dados fornecido pela SES-MG não continha informações de identificação nominal.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas partes: A primeira caracteriza o perfil dos casos notificados de violência doméstica contra as mulheres residentes em Belo Horizonte e a seguinte apresenta o perfil comparativo entre os grupos de casos notificados na atenção básica e em outros serviços da rede.

4.1 Perfil dos casos notificados de violência intrafamiliar/doméstica contra mulheres residentes em Belo Horizonte

Os casos de agressão foram notificados por diversos estabelecimentos de saúde e as unidades foram classificadas entre atenção básica, atenção secundária ou terciária e outros pontos de atenção. Para apresentação deste dado foi realizado o cruzamento do banco de dados com uma planilha fornecida pela SES-MG que disponibiliza nome fantasia por número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

De posse dos nomes fantasia, considerou-se enquanto atenção básica os Centros de Saúde, UBS, postos de saúde. As Unidades de Pronto Atendimento, Ambulatórios, Centros de Referência, Maternidades e Hospitais Gerais foram classificados como “atenção secundária ou terciária”. Os “outros pontos de atenção” incluem as notificações realizadas por Gerências Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

A classificação quanto a Unidade notificadora é apresentada na TAB. 1.

TABELA 1 - Distribuição das notificações quanto aos níveis de atenção. Belo Horizonte, 2013 - 2017

Unidade Notificadora	N	%
Atenção Básica	1.141	37,03
Atenção Secundária ou Terciária	1.906	61,86
Outros pontos da Atenção	34	1,10
Total	3.081	100

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2018

Com relação ao perfil das mulheres em situação de violência, as tabelas seguintes contem dados referentes a idade (TAB. 2), raça/cor (TAB. 3), escolaridade

(TAB. 4) e situação conjugal (TAB. 5) das mulheres atendidas nos casos notificados. Conforme consta no Dicionário de Dados – SINAN NET (2015), a variável escolaridade não se aplica a menores de 7 (sete) anos de idade e a variável situação conjugal não se aplica a menores de 9 (nove) anos de idade.

TABELA 2 - Distribuição das mulheres que sofreram violência domiciliar no município por faixa etária. Belo Horizonte, 2013 - 2017

Faixa Etária (em anos)	N	%
Idade < 1 ano	97	3,14
Idade 1-4	310	10,06
Idade 5-9	218	7,07
Idade 10-14	367	11,91
Idade 15-19	327	10,61
Idade 20-34	730	23,69
Idade 35-49	464	15,06
Idade 50-64	183	5,93
Idade 65-79	221	7,17
Idade 80 e +	164	5,32

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2018

TABELA 3 - Distribuição das mulheres que sofreram violência domiciliar no município quanto a Raça/Cor. Belo Horizonte, 2013 - 2017

Raça/Cor	N	%
Branca	675	21,90
Preta	444	14,41
Amarela	22	0,71
Parda	1141	37,03
Indígena	10	0,32

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2018

*Nota: 25,61% de campos vazios ou ignorados

TABELA 4 - Distribuição das mulheres que sofreram violência domiciliar no município quanto a escolaridade. Belo Horizonte, 2013 - 2017

Escolaridade	N	%
Analfabetismo	48	1,55
Ensino fundamental incompleto	1.515	16,7
Escolaridade	N	%

Ensino fundamental completo	120	3,89
Ensino médio incompleto	145	4,70
Ensino médio completo	172	5,58
Educação superior incompleta	54	1,75
Educação superior completa	56	1,81
Não se aplica	507	16,45

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2018

*Nota: 47,5% de campos vazios ou ignorados

TABELA 5 - Distribuição das mulheres que sofreram violência domiciliar no município em relação à situação conjugal. Belo Horizonte, 2013 - 2017

Situação Conjugal	N	%
Solteira	922	29,92
Casada/ União consensual	481	15,61
Viúva	158	5,12
Separada	125	4,05
Não se aplica	693	22,49

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2018

*Nota: 22,8% de campos vazios ou ignorados

Foram analisadas ainda as variáveis: tipo de violência (TAB. 6) e tipo de vínculo com o agressor (TAB. 7).

TABELA 6 - Distribuição quanto ao tipo de violência efetuada contra as mulheres dos casos notificados. Belo Horizonte, 2013 - 2017

Tipo de violência	N	%	Ignorados/vazios – N (%)
Física	1.555	50,47	541 (17,55)
Psicológica/ moral	999	32,42	632 (20,51)
Tortura	137	4,44	748 (24,27)
Sexual	936	30,37	583 (18,92)
Tráfico de seres humanos	1	0,03	684 (22,20)

Tipo de violência	N	%	Ignorados/vazios – N (%)
Financeira/ econômico	117	3,79	706 (22,91)
Negligencia/ abandono	619	20,09	599 (19,44)
Trabalho infantil	5	0,16	687 (22,29)
Intervenção legal	6	0,19	716 (23,23)
Outros	74	2,40	877 (28,46)

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2018

TABELA 7 - Distribuição das mulheres que sofreram violência quanto ao tipo de vínculo com o agressor. Belo Horizonte, 2013 - 2017

Tipo de vínculo	N	%	Ignorados/vazios – N (%)
Pai	281	9,12	879 (28,52)
Mãe	287	9,31	869 (28,20)
Padrasto	131	4,25	888 (28,82)
Madrasta	6	0,19	897 (29,11)
Cônjuge	461	14,96	852 (27,65)
Ex-cônjuge	129	4,18	907 (29,43)
Namorado (a)	167	5,42	902 (29,27)
Ex-namorado (a)	80	2,59	915 (29,69)
Filho (a)	316	10,25	845 (27,42)
Irmão (a)	119	3,86	900 (29,21)
Amigos/conhecidos	510	16,55	881 (28,59)
Cuidador	34	1,10	898 (29,14)

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2018

Nota-se que o perfil de mulheres predominante foi: faixa etária de 20 a 49 anos (38,8%), parda e preta (51,4%), ensino fundamental incompleto (16,7%) e solteiras (29,9%). O tipo de agressão sofrida por essas mulheres que sobressaiu foi a violência física (50,5%), seguida de psicológica (32,4%) e posteriormente sexual

(30,4%), prevalecendo os casos em que os agressores eram amigos/pessoas conhecidas pela vítima (16,6%), cônjuge (15,0%) e filhos (as) (10,3%).

Referente a classificação da violência no quesito repetição, tem-se que os casos em que a violência ocorreu outras vezes somam em **1.121 (36,38%)** notificações. Os casos que não foram notificados como de repetição correspondem a 674 (21,87%) e os campos ignorados/vazios correspondem a 1.286 (41,73%) casos.

Quanto ao sexo do provável autor da violência, tem-se que **1.841 (59,75%)** foram do sexo masculino, 371 (12,04%) do sexo feminino, 189 (6,13%) de autoria de ambos os sexos e os campos ignorados/vazios correspondem a 680 (22,07%) casos.

4.2 Perfil comparativo entre os grupos de casos notificados

Na segunda parte da pesquisa foram analisadas as variáveis/itens relacionadas ao tipo de violência e o quesito repetição, comparando o perfil da violência dos casos notificados no âmbito da Atenção Básica em relação aos casos notificados pelas demais unidades notificadoras (atenção secundária ou terciária e outros pontos de atenção). Os dados estão expostos na tabela 8 a seguir.

TABELA 8 - Comparação dos casos de violência doméstica conforme Unidade Notificadora. Belo Horizonte, 2013 - 2017

Variável	Atenção Básica N (%)	Outros níveis de atenção N (%)	p-valor*
Tipo de violência			
Física	460 (29,58)	1.095 (70,42)	0,000
Psicológica/moral	475 (47,55)	524 (52,45)	0,000
Tortura	48 (35,04)	89 (64,96)	0,927
Sexual	249 (28,60)	687 (73,40)	0,000
Tráfico de seres humanos	0 (0,00)	1 (100,00)	0,458
Financeira/econômico	94 (80,34)	23 (19,66)	0,000
Negligencia/abandono	430 (69,47)	189 (30,53)	0,000
Tipo de violência			
Trabalho infantil	3 (60,00)	2 (40,00)	0,250

Variável	Atenção Básica N (%)	Outros níveis de atenção N (%)	p-valor*
Intervenção legal	3 (50,00)	3 (50,00)	0,440
Violência de repetição	613 (54,68)	508 (45,32)	0,000

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2018

* Valor-p<0,05 - Teste qui-quadrado (x2)

Os resultados relacionados à comparação dos casos de violência doméstica conforme Unidade Notificadora (Tabela 8) indicam que as variáveis com diferenças estatisticamente significantes ($p<0,001$) foram: o tipo de violência física, sendo que 29,58% dos casos foram notificados na atenção básica, enquanto, 70,42%, em outros níveis de atenção; a violência psicológica/moral, com 47,55% dos casos notificados na atenção básica e 52,45% em outros níveis de atenção; a violência sexual, com 28,60% de ocorrências notificadas na atenção básica e 73,40% nos outros níveis de atenção; a violência financeira/econômico, sendo 80,34% dos casos notificados na atenção básica e 19,66% em outros níveis de atenção; e o tipo de violência negligência/abandono, apresentando 69,47% das ocorrências notificadas na atenção básica e 30,53% nos outros níveis de atenção. A violência de repetição também mostrou diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$), sendo 54,68% dos casos notificados na atenção básica e 45,32% em outros níveis de atenção.

As demais variáveis apresentadas na Tabela 8 não tiveram diferença estatisticamente significativa.

5 DISCUSSÃO

No que se refere ao percentual de casos notificados em Belo Horizonte em relação aos demais municípios do estado, destaca-se o fato de apenas 3,91% dos casos terem sido de pessoas residentes em Belo Horizonte, sendo este, o município com maior número de habitantes de Minas Gerais. Todavia, o Ministério da Saúde, após encerramento de um levantamento de informações em 2014, pontuou que nenhum dado deve ser utilizado com a finalidade de comparar municípios ou promover um “ranqueamento” entre os que possuem mais ou menos casos notificados. Ressaltou ainda que alguns dados não devem ser compreendidos como avaliação dos municípios no tocante a violência, uma vez que se pressupõe que há um grande número de casos de violência desconhecidos/ subnotificados (BRASIL, 2017).

Ainda na fase de aplicação dos filtros no banco, de modo a alcançar a amostra do estudo, foram encontrados dois dados que merecem destaque: a prevalência de casos de violência que acometeram mulheres (70,4%) e de casos classificados como violência domiciliar/intrafamiliar contra mulheres (69,32%). Esses dados ultrapassam as proporções populacionais homem/mulher do município, vem de encontro com a literatura (ARAÚJO, 2008) e ressaltam novamente a relevância da temática para os avanços necessários na atenção à saúde das mulheres e em especial no âmbito da atenção básica.

5.1 Principais discussões sobre o perfil da violência intrafamiliar/doméstica contra a mulher

Com relação a Unidade Notificadora, notou-se que a grande maioria dos casos foram notificados na atenção secundária e terciária, fato contraditório ao esperado uma vez que a atenção básica, em relação às Redes de Atenção à Saúde deve ser base - “ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária” (BRASIL, 2012, p. 25). Nessa concepção, Kind *et al.* (2013), após realizarem pesquisa em um distrito sanitário referência de 21 UBS em Belo Horizonte, destacaram que a atenção primária à saúde tem dificuldades de reconhecer a violência como algo que aparece em sua rotina de trabalho e muitos

profissionais que reconhecem silenciam-se diante do problema. Além disso, o estudo aponta o medo de retaliação dos profissionais da UBS após notificação, considerando que a atenção primária, através da ESF, apresenta vínculo com a pessoa vítima de violência e demais familiares envolvidos, fato que contribui para subnotificação na atenção básica.

Os resultados comprovam que não existem características específicas quanto ao perfil da mulher que sofre violência, tendo em vista que é um agravo que atinge mulheres de diferentes classes sociais, idades, raça/etnia, culturas e localizações geográficas (WHA, 2002). Entretanto, no município estudado, observa-se que determinados grupos são acometidos com um número maior de ocorrências. Dentre eles, mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, ciclo considerado reprodutivo e economicamente ativo, condizente com resultados encontrados em outros estudos (GALVÃO; ANDRADE, 2004; MOURA; NETTO; SOUZA, 2012).

Outras características do perfil das mulheres, que se sobressaíram nas notificações foram: a raça/cor parda e preta e a escolaridade ensino fundamental incompleto. Esses dados vêm de encontro e reforçam outras vulnerabilidades das vítimas, além da condição de ser mulher. A questão racial e os anos de estudo demarcam outras posições sociais de desigualdade que precisam ser consideradas na análise e durante a assistência às mulheres. Njaine, Assis e Constantino (2009) associam desigualdades sociais e econômicas ao risco aumentado de homens cometerem violência contra mulheres e pontuam que no Brasil, a população negra possui menor escolaridade e exclusão de direitos sociais.

Além disso, no que concerne a situação conjugal, grande parte das mulheres que sofreram violência eram solteiras, contudo:

É difícil afirmar que este grupo realmente é o mais afetado pela violência, considerando também que as mulheres casadas se submetem à violência sem registrá-la, por não visualizarem o problema como uma violação de seus direitos e dependência a que são submetidas (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012, p.439).

Ainda referente às variáveis raça/cor, escolaridade e situação conjugal, chama atenção a grande quantidade de casos sem preenchimento destas informações na notificação. Cruz; Toledo e Santos (2003) associam essa questão

aos problemas referentes a própria abordagem da investigação realizada no momento que antecede o preenchimento da ficha de notificação. Ou seja, há necessidade de se trabalhar a questão da incompreensão de profissionais quanto a importância do preenchimento adequado da ficha de notificação, reforçando que nenhum dado deve ser desprezado.

Com relação ao tipo de violência, percebe-se que a mesma mulher pode sofrer mais de um tipo de agressão e por meio dos resultados, pode-se evidenciar que o tipo de agressão sofrida por essas mulheres que sobressaiu foi a violência física, seguida de psicológica e posteriormente sexual. Pesquisa realizada por Silva *et al.* (2017) sinalizou que os casos que envolvem violência física são os mais representativos e mais comumente identificados pelos profissionais por serem mais evidentes. Ademais, salientam que a procura dos serviços por mulheres nessa situação é mais frequente, devido a ocorrência de comprometimentos físicos que demandam medidas de atenção à saúde.

A somatória elevada de casos de violência psicológica é um dado relevante, “considerando que as mulheres agredidas estão reconhecendo um tipo de violência subjetiva, necessitando de julgamento e discernimento sobre seus direitos para reconhecer esse tipo de violência” (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012, p.440).

A recorrência de violência sexual ainda é um achado que precisa ser amplamente discutido, uma vez que configura como “uma das mais perversas violências contra a mulher, especialmente humilhante e destruidora” (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015, p.395), acarretando drásticas consequências físicas e emocionais para as mulheres afetadas. O atendimento nos serviços de saúde ofertados a pacientes nessa situação exige abordagem multiprofissional, acolhedora, resolutiva e contínua (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Importante destacar que a notificação de violência financeira/econômica parece ser reafirmada enquanto um tipo de violência a cada ano, apresentando aumento significativo dos casos registrados ano a ano. Isso representa a melhoria do entendimento conceitual pelos profissionais da saúde, mas ainda há necessidade de ampliar as discussões práticas sobre essa temática. Fleury-Teixeira e Meneghel (2015) afirmam que esse tipo de agressão, conhecido também como violência patrimonial, ganhou visibilidade após a criação da Lei Maria da Penha e que essa forma de violência nivela com a violência física para efeito de prevenção e coibição, mesmo sem apresentação de provas físicas, todavia, destaca que ainda há

dificuldades das mulheres e dos profissionais acolherem e reconhecê-la como um ato violento.

Pelos registros, constatou-se também que, na maioria dos casos, os agressores das mulheres em situação de violência domiciliar eram pessoas conhecidas pela vítima, cônjuge e filhos (as) e a maioria das agressões foram praticadas por homens, o que reafirma a importância de se trabalhar as questões de gênero.

Para Njaine, Assis e Constantino (2009), a violência de gênero, com regras que reforçam uma valorização diferenciada entre homens e mulheres, na qual observa-se uma suposta superioridade masculina, somada a fatores como baixa escolaridade da mulher, dependência econômica de seu companheiro e carência de recursos sociais e familiares contribuem para perpetuação da violência.

Os mesmos autores citados acima afirmam ainda que os tipos de violência estão interligados, assim como os efeitos na saúde física e mental, por conseguinte “35% das queixas das mulheres aos serviços de saúde estão associadas a violência nas relações conjugais e não apenas a lesões e traumas físicos” (NJAINÉ; ASSIS; CONSTANTINO, 2009, p. 40).

Em relação a recorrência da violência, observou-se um número expressivo de casos em que a agressão era de repetição. Esse dado caracteriza a violência como um evento não isolado e reforça a importância da identificação dos casos por profissionais que atendem essas mulheres, em especial da atenção básica, tendo em vista que uma abordagem qualificada, a partir do primeiro contato, pode evitar que a violência se repita e evolua para piores desfechos.

5.2. Comparação das notificações em relação aos níveis de atenção e contribuição para a melhoria do processo de identificação dos casos na Atenção Básica

As variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos notificadores foram: os tipos de violência física ($p < 0,001$), psicológica/moral ($p < 0,001$), sexual ($p < 0,001$), financeira/econômico ($p < 0,001$), negligência/abandono ($p < 0,001$) e a violência de repetição ($p < 0,001$).

Observou-se que a distribuição do tipo de violência ocorreu da seguinte forma: casos de violência financeira/econômico e de negligência foram notificados

principalmente pela atenção básica, enquanto os casos de violência física, psicológica e sexual foram notificados principalmente pelos outros níveis de atenção. Além disso, os casos de violência de repetição foram notificados principalmente pela atenção básica.

Schraiber *et al.* (2002) realizaram pesquisa em uma UBS localizada no município de São Paulo e constataram resultados semelhantes a este, aonde o ato de violência foi perpetrado por pessoas conhecidas da mulher, predominando o vínculo de companheiros ou outro familiar, sendo o maior número, os casos de violência física e sexual e em sua maioria, classificados como de repetição.

Andrade (2009) em seu estudo realizado em um Centro de Saúde de Belo Horizonte afirmou que os episódios de violência doméstica costumam ser repetitivos, podendo se tornar cada vez mais graves e esses casos nem sempre são reconhecidos nos serviços de saúde e quando são, os profissionais acreditam que tal problema deve ser abordado por um profissional específico (como assistente social e psicólogo) e não uma responsabilidade de toda a equipe que atende a mulher. A autora ressaltou ainda que, com exceção do gerente da UBS, os profissionais da unidade desconheciam documentos oficiais norteadores, como o Protocolo da Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, referentes à situação de violência.

Neste mesmo estudo citado, as mulheres que sofreram violência relataram dificuldades de expor o assunto aos profissionais de saúde e aquelas que procuraram o serviço, foram medicadas para os sintomas relatados, sem externar a situação de violência. Além disso, a maioria dos profissionais da unidade, quando atendiam os casos, restringiam-se a ouvir e não se envolver com a situação, atuando dentro da lógica biomédica e não resolutiva para o atendimento em questão (ANDRADE, 2009).

Estes fatores podem explicar o índice relevante de repetição da violência nos casos notificados pela atenção básica, desvelando-se como um reflexo da limitação no reconhecimento dos casos. No entanto, este dado também pode estar relacionado e reforçar o fato da atenção básica ter maior potencial (que os outros níveis de atenção) para a identificação de casos de violência que se perpetuam cotidianamente como condições de desigualdade de mulheres.

No que tange a identificação e abordagem desses casos pelo setor saúde, tem-se que “no decorrer de suas vidas, as mulheres frequentam, de forma rotineira, os serviços de saúde, tornando-os locais privilegiados de identificação e acolhimento das vítimas” (BAPTISTA *et al.*, 2015, p.212). Entretanto, Silva e colaboradores (2017) afirmam que há uma invisibilidade dos casos no cotidiano dos serviços de saúde e uma dificuldade dos profissionais de investigarem a possibilidade durante os atendimentos.

Referente ao perfil sociodemográfico de maneira geral, Vale *et al.* (2013) encontraram resultados similares ao estudarem os casos de violência doméstica contra mulheres adscritas em uma UBS de João Pessoa. Para as autoras, uma “abordagem oferecida à mulher no serviço de saúde, principalmente na atenção básica, possibilitará desdobramentos importantes na construção das estratégias de enfrentamento à situação de violência vivida” (VALE *et al.*, 2013, p.687) e complementam afirmando que a ESF é fundamental na detecção dos casos de violência, tendo em vista que “o programa tem como base o seio familiar, suas relações e o contexto psicossocial em que estes usuários estão inseridos” (VALE *et al.*, 2013, p.688).

É válido ressaltar que a atenção básica em Belo Horizonte foi responsável por apenas 37,03% das notificações realizadas de 2013 a 2017, sendo que “os serviços básicos de saúde são importantes para detecção da violência devido sua proximidade e ampla cobertura” (ANDRADE, 2009, p.17) e que de acordo com a autora, a falta de informação e capacitação profissional corroboram para essa invisibilidade da violência contra mulheres na atenção básica, limitando a abordagem dos casos.

Dentro dessa concepção, após um estudo comparativo em duas unidades de atenção básica, Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009), relacionaram o atendimento de uma unidade que havia passado por capacitação profissional e tornado referência em atendimento a violência contra mulher, com outra UBS que ainda não havia realizado tal capacitação. Após entrevista com os trabalhadores de ambos os serviços, concluiu-se que embora as duas unidades atendessem com frequência casos de violência doméstica, na unidade que ocorreu a capacitação, os profissionais identificavam mais os casos de violência mesmo quando eles não se apresentavam de forma explícita e reconheciam a demanda como algo inerente à esfera da saúde.

De modo similar, Vale *et al.* (2013) evidenciaram que grande parte das situações de violência relatadas pelas mulheres que frequentavam uma UBS de João Pessoa eram desconhecidas pelos profissionais da unidade, ressaltando assim a necessidade de capacitação para detecção de queixas subjetivas apresentadas pelas pacientes e consideração dos aspectos psicossociais que estão inseridas. Desta forma, afirmam que:

“A atenção primária merece um destaque quando se trata de ações referentes à violência contra a mulher por diversas razões. Em primeiro lugar, este nível de atenção tem grande ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde. Além disso, tem um aumento de cobertura e estratégia recente, com valorização da ida ao domicílio através da crescente implantação da Estratégia de Saúde da Família. Este nível de atenção enseja um acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, uma relação mais próxima com a comunidade e é dirigida a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica e sexual contra a mulher.” (VALE *et al.*, 2013, p.691)

Perante o exposto, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) destaca a importância de capacitar os profissionais e de realizar um planejamento, organização e articulação entre os serviços notificantes e estabelece que as informações advindas das notificações de violência constituem um:

[...] elemento fundamental para a construção do perfil da vítima e do provável autor da violência/ agressão, além de subsidiar a proposição de ações assertivas ao enfrentamento deste importante problema de saúde pública. [...] Assim, os dados disponíveis devem ser utilizados para conhecer as principais características dos eventos notificados e prover os serviços de saúde e demais mecanismos sociais de informações, essenciais para o acolhimento e atenção às pessoas em situação de violência, além de fundamentar a elaboração de políticas públicas que deem resposta à sociedade (BRASIL, 2017, p.154; 203-4).

O enfrentamento a violência e o uso da ficha de notificação como instrumento para avaliação situacional fazem parte das ações específicas que englobam a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz da Política Nacional de Promoção de Saúde (2006), por meio da qual, objetiva-se:

I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. II – Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual. [...]IV –

Desta forma, a notificação compulsória deve ser realizada por profissionais mediante suspeita ou confirmação da agressão e ser compreendida como um instrumento de política pública que contribui para dimensionar a questão da violência em família e conseqüentemente determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, permitindo ainda o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência doméstica (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Além da importância dos profissionais da Atenção Básica compreenderem a necessidade de identificação dos casos de violência intrafamiliar em seu território de atuação, é impreterível que essa temática seja incorporada como um evento prevenível.

Njaine, Assis e Constantino (2009) dizem que a violência é um fenômeno evitável e que a saúde é um dos principais setores sociais capazes de atuar nessa área. As autoras dividem as formas de prevenção a serem adotadas pelos profissionais em: prevenção primária (atuar sobre fatores que contribuem para ocorrência da violência antes que aconteça); secundária (ofertar respostas imediatas após a ocorrência da agressão: diagnóstico e tratamento precoce) e terciária (ofertar respostas a longo prazo: intervir, controlar, tratar, reduzir efeitos, sequelas e traumas e promover a reintegração dos indivíduos).

Diante disso, com base na literatura estudada (BRASIL,2002; BRASIL, 2012; BRASIL 2017; NJAINE; ASSIS; CONSTANTINO, 2009) e, visando melhoria no processo de identificação e notificação, abordagem e condução dos casos de violência domiciliar contra mulher na atenção básica, recomenda-se que em sua atuação, o profissional:

- Promova atendimento comprometido com empoderamento da mulher e com a promoção da auto estima;
- Estabeleça uma rotina de notificação e preencha todos os campos da ficha;
- Realize uma escuta qualificada e acolhedora em todos os pontos da rede;
- Atue na mudança das crenças, tabus e valores culturais envolvendo os papéis de gênero, geracionais e relações de poder na família;
- Construa vínculos de confiança que favoreçam a autonomia feminina;

- Conheça acerca dos instrumentos de proteção legal;
- Estabeleça metas e valores coletivos a serem alcançados para a reversão da violência;
- Forneça atendimento a todos os familiares envolvidos no contexto da violência;
- Desenvolva grupos educativos, com auxílio de um profissional que facilite discussões sobre saúde nos relacionamentos;
- Desempenhe articulação institucional, intersetorial e interdisciplinar;
- Compreenda as características culturais e observe a conjuntura familiar durante visitas domiciliares;
- Realize orientações voltadas à superação de situações indesejáveis para a paciente;
- Elabore, entre equipes da ESF, oficinas de discussão sobre o enfrentamento da violência na unidade e matriciamento para discussão dos casos;
- Amplie as informações da rede assistencial existente, realizando ampla divulgação dos protocolos e diretrizes municipais acerca do fluxo e abordagem dos casos de violência doméstica;
- Aborde o tema em consultas individuais e coletivas, aproveitando espaços e eventos como “Semana da mulher”, “Comemoração do dia das mães” que ocorrem na UBS;
- Busque trabalhar a dimensão afetiva e a inserção ocupacional junto à usuária vítima de violência e elabore alternativas em conjunto com a mesma;
- Comunique-se através de linguagem simplificada e favorecedora da interação e do vínculo;
- Participe e incentive capacitações para enfrentamento e condução da violência domiciliar.

Essas recomendações são aplicáveis aos municípios do estado e país, mas especialmente ao município de Belo Horizonte - cenário do estudo. Dessa forma este relatório de pesquisa será disponibilizado a gestão municipal de Belo Horizonte.

6 CONCLUSÕES

O enfrentamento da violência doméstica contra mulheres na atenção básica desvelou-se como um fenômeno que exige do profissional de saúde um olhar diferenciado para que a temática seja incorporada na prática de trabalho.

Caracterizar casos notificados de violência doméstica contra mulheres que residiam em Belo Horizonte, de 2013 a 2017, possibilitou não apenas quantificar ou traçar um perfil sociodemográfico, mas analisar os desafios e fragilidades que envolvem esse processo na atenção básica.

Outro ponto que merece atenção especial é a soma de campos vazios/ignorados no banco de dados estudado, indicando assim, um preenchimento inadequado da ficha de notificações e prejudicando o acesso a informações importantes, o que pode ser apontado como uma limitação de se trabalhar com dados secundários. No entanto no intuito de verificar se ainda assim os dados poderiam ser classificados como de qualidade foi feita uma avaliação quanto ao quesito da completude das informações. Isso evidencia a necessidade de capacitação e sensibilização profissional para a notificação completa.

Dessa forma, é imprescindível que o profissional disponha de informações acerca das questões que envolvem o contexto da violência, inclusive o entendimento sobre desigualdade de gênero, e de posse desse saber, atue na promoção e prevenção da violência doméstica. Nesse contexto, as UBS, através da ESF, possuem um espaço para reflexão e articulação de estratégias para o enfrentamento da violência contra as mulheres residentes em sua área de abrangência.

A qualidade da atenção em saúde às mulheres em situação de violência, que inclui uma abordagem efetiva e que minimize danos, é condição essencial para enfrentamento deste problema de saúde pública. A atenção às mulheres nesses casos envolve a identificação, uma escuta qualificada, o preenchimento da ficha de notificação do agravo, intervenções e encaminhamentos, bem como ações de prevenção deste agravo e promoção da saúde. Diante disso, pode-se inferir que muitos foram os avanços históricos que contemplam o atendimento por profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica. Contudo, persistem desafios para a organização do processo de trabalho da atenção básica de modo a atender essa demanda efetivamente.

REFERÊNCIAS

ABATH, Marcella de Brito; LIMA, Maria Luiza Lopes Timóteo de; LIMA, Priscilla de Souza; SILVA, Maria Carmelita Maia e; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100131&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 mai. 2018.

ANDRADE, Clara de Jesus Marques. **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra mulher: um olha de gênero**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. 141f. São Paulo: Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.

APONTE, José, *et. al.* Epi Info, version 7.2.2.6: a word processing, database, and statistics program for public health on microcomputers. **Centers for Disease Control and Prevention** – World Health Organization; 2018

ARAÚJO, Maria de Fátima. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 14, out. 2008. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000300012&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 23 dez. 2017.

BAPTISTA, Rosilene Santos; CHAVES, Olga Benário Batista de Melo; FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; SOUSA, Francisco Stélio de; OLIVEIRA, Michelly Guedes de; LEITE, Carla Carolina da Silva. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. **Rev Rene**, v.16, n.2, p.210-217, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12654/1/2015_art_rsbaptista.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. **Secretaria de Atenção à Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 4 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**, Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/2001**, Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Tutorial TABNET / **Departamento de informática do SUS – DATASUS**, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/TABNET/Tutorial_tabNet_FINAL.pptx_html/html/index.html#2>. Acesso em: 23 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/22/instrutivo-viva_2016_FINAL.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde pública. **Sinan relatórios: Manual de operação**. Brasília: **Unidade Técnica de Gestão do Sinan**, 2015. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/relatorios/Manual%20de%20Operacao%20SINAN%20Relatorios%20-%20versao_4.8.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>>

>. Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014, **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 28 dez. 2017.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 28, p.165-174, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v13n28/v13n28a14.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CRUZ, Marly Marques da; TOLEDO, L. M Luciano Medeiros de; SANTOS, Elizabeth Moreira dos. O sistema de informação de Aids do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 81-89, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100009>. Acesso em: 26 mar. 2018.

FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth Maria; MENEGHEL Stela Nazareth. **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2015.

GALVÃO, Elaine Ferreira; ANDRADE, Selma Maffei de. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde Soc**, v.13, n. 2, p. 89-99, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2018.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; DIAS, Isabella de Andrade; ROVIDA, Tânia Adas Saliba, GARBIN, Artênio José Ísper. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n. 6, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232015000601879&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 4 ago. 2018.

GONÇA, VES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** v.18, n. 1, p. 315-319, 2002. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csp/2002.v18n1/315-319/pt>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Brasília: IBGE; 2018. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

KIND, Luciana; ORSINI, Maria de Lourdes Pereira; NEPOMUCENO, Valdênia; GONÇALVES, Letícia; SOUZA, Gislaíne Alves de; FERREIRA, Monique Fernanda Félix. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 4, 2015. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/32977/20695>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

MACIEL. Álvaro Campos Cavalcanti; GUERRA, Ricardo Oliveira. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 178-189, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/05.pdf> >. Acesso em: 26 mar. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravo de Notificação - Dicionário de Dados - Sinan Net - Versão 4.0 - agravo: Violências**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravo de Notificação - Dicionário de Dados - Sinan Net - VERSÃO 5.0/Patch 5.1 - agravo: Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, 2015.

MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga; MARTINS, Cleide Lavieri; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SCHRAIBER, Lilia Blima. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc**, v.23, n.3, p.814-827, 2014. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568/91452>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; NETTO, Leônidas de Albuquerque; SOUZA, Maria Helena Nascimento. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de

violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 435 – 442, 2012. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127723305002.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher**: ação e produção de evidência, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**, 2002. Disponível em: < <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34165228/65818661-Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde**, 2018. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima; OLIVEIRA, Ana Flávia PL d'; JUNIOR, Ivan França-Junior; PINHO, Adriana A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

SILVA, Neuzileny Nery Ferreira; LEAL, Sandra Maria Cezar; TRENTIN, Daiane; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; VARGAS, Caroline Porcelis; VIEIRA, Letícia Becker. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enferm. Foco**, v.8, n.3, p.70-74, 2017. Disponível em: < <file:///C:/Users/SA%20Advocacia/Downloads/Valentim.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

VALE, Sâmia Larissa de Lima; MEDEIROS, Cláudia Maria Ramos; CAVALCANTI, Clênia de Oliveira; JUNQUEIRA, Cora Coralina dos Santos; SOUZA, Liliana Cruz de. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **Rev Rene.**, v. 14, n. 4, p. 683-693, 2013. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3240/324028459004/>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHA. **World report on violence and health E-Book**. Geneva: World Health Organization, 2002.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3 Código (CID10) Y09		4 Data da notificação	
	5 UF	6 Município de notificação			7 Código (IBGE)			
	8 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros							
	9 Nome da Unidade Notificadora				10 Código Unidade		11 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano				13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	15 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				16 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado			
	17 Nome do paciente				18 Data de nascimento			
	19 Nome do paciente				18 Nome da mãe			
	20 UF		21 Município de Residência		22 Código (IBGE)		23 Distrito	
Dados de Residência	24 Bairro		25 Logradouro (rua, avenida,...)		26 Código			
	27 Número		28 Complemento (apto., casa, ...)		29 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares							
	33 Nome Social				34 Ocupação			
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1- Solteiro 2- Casado/união consensual 3- Viúvo 4- Separado 8- Não se aplica 9- Ignorado							
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado				37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1- Travesti 2- Mulher Transsexual 3- Homem Transsexual 8- Não se aplica 9- Ignorado				
38 Possui algum tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado								
39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras								
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		42 Código (IBGE)		43 Distrito	
	44 Bairro		45 Logradouro (rua, avenida,...)		46 Código			
	47 Número		48 Complemento (apto., casa, ...)		49 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado				53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							

SVD 15.06.2015

Violência	65 Essa violência foi motivada por: 01-Gexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	66 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	67 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	68 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	69 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 <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	80 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	81 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	82 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	83 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Dados do provável autor da violência	84 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	85 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outas) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	86 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	87 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	88 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
	89 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____	(DDD) Telefone _____
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
Nome _____		Função _____	Assinatura _____
Violência Interpessoal/autoprovocada		Sinan	S/S 15.06.2015