

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

Fabiane Debastiani

**NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES EM  
COTEXTOS RURAIS, URBANOS E PERIURBANOS:  
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Palmeira das Missões, RS  
2024

Fabiane Debastiani

**NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES EM COTEXTOS  
RURAI, URBANOS E PERIURBANOS:  
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

**Dissertação** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), campus Palmeira das Missões, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**. Linha de pesquisa - Vulnerabilidades da população no contexto da ruralidade.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra Ethel Bastos da Silva  
**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra Andressa de Andrade

Palmeira das Missões, RS  
2024

Debastiani, Fabiane

Notificações de violência contra mulheres em contextos rurais, urbanos e periurbanos: Estudo de método misto / Fabiane Debastiani.- 2024.  
226 p.; 30 cm

Orientadora: Ethel Bastos da Silva  
Coorientadora: Andressa de Andrade  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões, Programa de Pós Graduação em Saúde e Ruralidade, RS, 2024

1. Vigilância em Saúde Pública 2. Sistemas de Informação em Saúde 3. Violência Contra a Mulher 4. Saúde da População Rural 5. Enfermagem I. Bastos da Silva, Ethel II. de Andrade, Andressa III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor (a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRA 10/1728.

Declaro, FABIANE DEBASTIANI, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Fabiane Debastiani**

**NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES EM COTEXTOS  
RURAI, URBANOS E PERIURBANOS:  
ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

**Dissertação** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), campus Palmeira das Missões, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**. Linha de pesquisa - Vulnerabilidades da população no contexto da ruralidade.

Aprovado em 04 de abril de 2024:

---

**Ethel Bastos da Silva, doutora (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Andressa de Andrade, doutora (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Roger Flores Ceccon, doutor (UFSC)**

---

**Jaqueline Arboit, doutora (UFSM)**

---

**Marta Cocco da Costa, doutora (UFSM)**

Palmeira das Missões, RS  
2024

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu bem maior, minha família:

Vilmar

Solici

Ana Caroline

Sidi (em memória)

## AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, mãe e irmã por não medirem esforços em me auxiliar nesta caminhada e, também, acreditar nos meus sonhos.

Ao meu namorado (Antonio) por ser conforto e calma nos momentos que mais precisei.

À minha orientadora, Professora Ethel Bastos da Silva, por me acolher na UFSM/PM e no NEPESC. Pelas conversas, pelas trocas de conhecimento, pelo exemplo e por acreditar que era possível esta pesquisa, mesmo quando eu tinha dúvidas. Obrigada!

À minha coorientadora, Professora Andressa de Andrade, pelas orientações, pelo auxílio na construção do conhecimento e estar conosco visualizando a construção deste trabalho e auxiliando nos momentos necessários. Obrigada!

Às minhas colegas de mestrado, Juliana e Silvana, por compartilharem os desafios e sucessos alcançados no mestrado. Pelas longas conversas e por serem mais que colegas.

Aos demais colegas de mestrado e do NEPESC por estarmos juntos na caminhada em busca do conhecimento.

Às agências de fomento, UFSM/PM e aos cenários de estudo por oportunizar o ensino na pós graduação.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

*Eu fico com a pureza  
Da resposta das crianças  
É a vida, é bonita  
E é bonita  
Viver e não ter a vergonha  
De ser feliz  
Cantar, e cantar, e cantar  
A beleza de ser um eterno aprendiz  
Ah, meu Deus!  
Eu sei, eu sei  
Que a vida devia ser bem melhor  
E será!  
Mas isso não impede  
Que eu repita  
É bonita, é bonita  
E é bonita  
[...]  
Ele diz que a vida é viver  
Ela diz que melhor é morrer  
Pois amada não é e o verbo é sofrer  
Eu só sei que confio na moça  
E na moça eu ponho a força da fé  
Somos nós que fazemos a vida  
Como der, ou puder, ou quiser  
Sempre desejada  
Por mais que esteja errada  
Ninguém quer a morte  
Só saúde e sorte  
(Júnior, 1982)*

## RESUMO

### NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES EM COTEXTOS RURAIS, URBANOS E PERIURBANOS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

AUTORA: Fabiane Debastiani

ORIENTADORA: Dra. Ethel Bastos da Silva

COORDINADORA: Dra. Andressa de Andrade

O (re)conhecimento do território contribui para intervir nos casos de violência contra as mulheres. Este estudo objetivou analisar as notificações de violência contra mulheres que vivem em contextos rural, urbano e periurbano no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e a compreensão dos profissionais no preenchimento da ficha de notificação. Os objetivos secundários são: Caracterizar os casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre os anos de 2012 e 2020 nos municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; Identificar a compreensão dos profissionais de saúde no preenchimento das notificações em casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano. Analisar as interconexões entre as notificações de saúde e a prática dos profissionais nos casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano. Realizou-se um estudo misto, sequencial e explanatório (quan->QUAL). Estudo quantitativo transversal com a coleta de dados no SINAN referente a violência contra as mulheres no período de 2012 até 2020 nos 26 municípios da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no software estatístico SPSS, versão 22.0, considerando a 'zona de ocorrência' como variável dependente. O Teste Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson foram utilizados nas variáveis categóricas e o Teste U de Mann-Whitney nas variáveis não categóricas com Nível de significância de 5%. O Estudo qualitativo exploratório, participativo e de intervenção em dois municípios com maior quantitativo de notificações. Seis grupos focais orientaram a coleta de dados nas temáticas: Vigilância em saúde; Violência contra as mulheres; e Notificações de saúde. A análise de dados seguiu a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. E a aproximação dos dados foi realizada através de *Joint-display*. O Estudo foi aprovado pelo parecer 5.849.103. As notificações foram distribuídas entre 2012 e 2020 (n=1125); revela-se Palmeira das Missões (n=217) no urbano e Redentora (n=107) no rural; mulheres entre 20 a 29 anos (n=274/24,4%), brancas (n=818/72,7%), ensino fundamental incompleto (n=369/34,2%), casadas (n=432/41,3%) e o urbano como zona de ocorrência (n=660/58,7%). Na qualitativa enfatiza-se categorias de análise frente a identificação e tipificação da violência, desafios e realização da notificação e o sistema de registro, comunicação entre serviços e setores, e as ações de vigilância à violência. Houve convergência nos números populacionais e registro da violência, escolaridade, situação conjugal, violência sexual, namorado ou filho como agressor e divergência na variável de raça. Espera-se com este estudo dar a visibilidade necessária para o desenvolvimento de estratégias que incrementem a notificação.

**Palavras-chave:** Vigilância em Saúde Pública. Sistemas de Informação em Saúde. Violência Contra a Mulher. Saúde da População Rural. Enfermagem.

## ABSTRACT

### REPORTS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN RURAL, URBAN AND PERIURBAN COTEXTS: MIXED METHOD STUDY

AUTHOR: Fabiane Debastiani  
ADVISOR: Dr. Ethel Bastos da Silva  
COORDINATOR: Dr. Andressa de Andrade

The (re)knowledge of the territory contributes to intervene in cases of violence against women. This study aimed to analyze the notifications of violence against women living in rural, urban and periurban contexts in the Information System of Notifiable Diseases and the understanding of professionals in completing the notification form. The secondary objectives are: To characterize cases of violence against women living in rural notified in the Information System of Notifiable Diseases between 2012 and 2020 in the municipalities of the 15<sup>th</sup> Regional Health of the State of Rio Grande do Sul; To identify the understanding of health professionals in completing notifications in cases of violence against women living in rural, urban and periurban contexts. To analyze the interconnections between health notifications and the practice of professionals in cases of violence against women living in rural, urban and periurban contexts. A mixed, sequential and explanatory study was performed (Quan->QUAL). A cross-sectional quantitative study with data collection in SINAN regarding violence against women from 2012 to 2020 in the 26 municipalities of the 15<sup>th</sup> Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics in the statistical software SPSS, version 22.0, considering the 'zone of occurrence' as a dependent variable. The Fisher's Exact Test and Pearson's chi-square were used in the categorical variables and the Mann-Whitney U test in the noncategorical variables with significance level of 5%. Qualitative exploratory, participatory and intervention study in two municipalities with higher number of notifications. Six focus groups guided data collection as follows: Health surveillance; Violence against women; and Health notifications. The data analysis followed the Content Analysis proposed by Bardin. And the approximation of the data was performed through Joint-display. The study was approved by opinion 5.849.103. The notifications were distributed between 2012 and 2020 (n=1125); it is revealed Palmeira das Missões (n=217) in the urban and Redeemer (n=107) in the rural; women between 20 and 29 years (n=274/24.4%), white (n=818/72.7%), incomplete elementary school (n=369/34.2%), married area of occurrence (n=660/58.7%). In the qualitative, categories of analysis are emphasized in relation to the identification and typing of violence, challenges and realization of notification and the system of registration, communication between services and sectors, and actions of violence surveillance. There was convergence in population numbers and registration of violence, schooling, marital status, sexual violence, boyfriend or child as an aggressor and divergence in the race variable. Expected with this study to give the necessary visibility for the development of strategies that increase notification.

**Keywords:** Public Health Surveillance; Health Information Systems; Violence Against Women; Rural Population Health; Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO À TIPOLOGIA E OCORRÊNCIA DE MÚLTIPLAS VIOLÊNCIAS .....	39
FIGURA 2 - FLUXO DE DADOS UTILIZADOS NA REFLEXÃO .....	40
FIGURA 3- CAMINHO METODOLÓGICO PROPOSTO E REALIZADO .....	73
FIGURA 4 - REPRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS .....	99
FIGURA 5 - REPRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA CATEGORIA ANALÍTICA .....	100
FIGURA 6 - REPRESENTAÇÃO DA SEGUNDA CATEGORIA ANALÍTICA .....	115
FIGURA 7 - REPRESENTAÇÃO DA TERCEIRA CATEGORIA ANALÍTICA .....	128
FIGURA 8 - REPRESENTAÇÃO DA QUARTA CATEGORIA ANALÍTICA.....	138
FIGURA 9 - REPRESENTAÇÃO DA QUINTA CATEGORIA ANALÍTICA .....	146
FIGURA 10 - REPRESENTAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS À NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES URBANAS E RURAIS .....	171

## LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 1 - MAPA DE ABRANGÊNCIA DA 15ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE.....	57
IMAGEM 2 - MAPA DE ABRANGÊNCIA DA 15ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE COM DESTAQUE PARA PALMEIRAS DAS MISSÕES E REDENTORA, RS, BRASIL.....	65

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ZONA DE OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SUA ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 15ª CRS.....	80
TABELA 2 - ZONA DE OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SUA ASSOCIAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS DESTA VIOLÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 15ª CRS. ....	85
TABELA 3 - ZONA DE OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SUA ASSOCIAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS DO AGRESSOR NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 15ª CRS.....	89
TABELA 4 - ANÁLISE COMPARATIVA DA POPULAÇÃO TOTAL, POPULAÇÃO FEMININA, SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES URBANAS E RURAIS E OS DADOS DE SEGURANÇA PÚBLICA COM O CÁLCULO ESTIMADO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR MUNICÍPIO DA REGIONAL.....	94

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- QUANTITATIVO DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À 15ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, RS, BRASIL .....	58
QUADRO 2- VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO E POSSIBILIDADES .....	61
QUADRO 3 - APRESENTAÇÃO DA CATEGORIA DE ANÁLISE 1: IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	68
QUADRO 4 - APRESENTAÇÃO DA CATEGORIA DE ANÁLISE 2: NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	69
QUADRO 5 - APRESENTAÇÃO DA CATEGORIA DE ANÁLISE 3: INSERÇÃO DOS DADOS NO SISTEMA.....	70
QUADRO 6 - APRESENTAÇÃO DA CATEGORIA DE ANÁLISE 4: COMUNICABILIDADE.....	71
QUADRO 7 - APRESENTAÇÃO DA CATEGORIA DE ANÁLISE 5: PROCESSO DE MUDANÇA.....	72
QUADRO 8 - APRESENTAÇÃO DAS PERGUNTAS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PALMEIRA DAS MISSÕES E REDENTORA, RS, BRASIL, 2023. ....	98
QUADRO 9 - JOINT-DISPLAY APRESENTANDO AS INFERÊNCIAS QUANTITATIVAS, QUALITATIVAS E META-INFERÊNCIA DE MÉTODOS MISTOS REFERENTE AOS TÓPICOS DE ANÁLISE APRESENTADOS, BRASIL, 2024. ....	151

## LISTAS DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CA	Categoria de Análise
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FN	Ficha de Notificação
FNI	Ficha de Notificação Individual
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
LABITECS	Laboratório de Pesquisa em Gestão, Inovação e Tecnologias em Saúde
LC	Linha de Cuidado
LNC	Lista Nacional de Notificação Compulsória
MT	Ministério do Trabalho
NC	Notificação Compulsória
NCI	Notificação Compulsória Imediata
NEPESC	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PPGSR	Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade
QUAL	Qualitativo
QUAN	Quantitativo
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria de Município de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UR	Unidade de Registro
VCM	Violência Contra a(s) Mulher(es)
VI	Violência Íntima
VPI	Vítima por Parceiro Íntimo
VS	Vigilância em Saúde
VSPI	Violência Sexual por Parceiro Íntimo

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>28</b>
2.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO TERRITÓRIO RURAL E URBANO .....	28
2.2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: EVOLUÇÃO DAS LEIS E POLÍTICAS NACIONAIS PARA ENFRENTAMENTO E PROTEÇÃO .....	31
2.3 NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OUTRA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL: (RE)CONHECIMENTO E PREENCHIMENTO DA FICHA .....	35
2.4 NOTIFICAÇÃO DE SAÚDE: O FLUXO DE DADOS COMO OPORTUNIDADE DE MONITORAMENTO E MUDANÇA .....	38
2.5 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: IDENTIFICAR, MONITORAR E INTERVIR PARA PROTEGER .....	44
<b>3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....</b>	<b>49</b>
3.1 DEFINIÇÕES TERRITORIAIS .....	49
<b>3.1.1 Zona / área urbana .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1.2 Zona / área rural.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1.3 Zona / área periurbana .....</b>	<b>49</b>
3.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS .....	50
<b>3.2.1 Violência autoprovocada/autoinfligida.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2.2 Violência interpessoal.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2.3 Violência Coletiva.....</b>	<b>50</b>
3.3 NATUREZA E FORMAS DA VIOLÊNCIA .....	50
<b>3.3.1 Violência física .....</b>	<b>51</b>
<b>3.3.2 Violência psicológica/moral .....</b>	<b>51</b>
<b>3.3.3 Tortura .....</b>	<b>51</b>
<b>3.3.4 Violência sexual .....</b>	<b>52</b>

3.3.5 Tráfico de seres humanos ou tráfico de pessoas .....	52
3.3.6 Violência financeira/econômica.....	52
3.3.7 Negligência/abandono .....	53
3.3.8 Trabalho infantil.....	53
3.3.9 Violência por intervenção legal .....	53
3.3.10 Violência contra a mulher (VCM) .....	54
3.4 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA .....	54
3.5 DADO E INFORMAÇÃO DE SAÚDE.....	54
<b>4. MÉTODO DA PESQUISA .....</b>	<b>56</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	56
4.2 APLICAÇÃO DO MÉTODO QUANTITATIVO .....	56
4.2.1 Cenário e período estudo .....	57
4.2.2 Estratégia de Amostragem.....	58
4.2.3 Critérios de inclusão.....	59
4.2.4 Critérios de exclusão .....	59
4.2.5 Método de coleta de dados.....	60
4.2.6 Método de análise de dados .....	62
4.3 APLICAÇÃO DO MÉTODO QUALITATIVO .....	63
4.3.1 Cenário e período do estudo .....	63
4.3.2 Estratégia de Amostragem.....	65
4.3.3 Critérios de inclusão.....	66
4.3.4 Critérios de exclusão .....	66
4.3.5 Método de coleta de dados.....	66
4.3.6 Método de análise de dados .....	67
4.4 ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO OU INTEGRAÇÃO DOS DADOS .....	72
4.5 ILUSTRAÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO.....	73
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	73

<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>75</b>
5.1. RESULTADOS E DISCUSSÕES QUANTITATIVOS .....	75
5.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES QUALITATIVOS .....	97
<b>5.2.1. Caracterização dos participantes.....</b>	<b>97</b>
<b>5.2.2. Categorias de análise (CA) construídas a partir dos grupos focais .....</b>	<b>99</b>
5.2.2.1. CA 1: Identificação da violência: tipologias da violência e dificuldades na prática dos profissionais de saúde.....	100
5.2.2.2 CA 2: Notificação compulsória: desafios do ato de notificar os casos de violência contra as mulheres.....	114
5.2.2.3 CA 3: Sistema de Informação: Desafios no preenchimento da ficha de notificação e inserção dos dados no SINAN .....	128
5.2.2.4 CA 4: Comunicabilidade: A ausência de diálogo entre os setores da rede	138
5.2.2.5 CA 5: Vigilância à violência: A ausência do tema na formação em saúde e ampliação da educação permanente à profissionais .....	145
5.3. APROXIMAÇÃO DOS DADOS.....	151
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>172</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>177</b>
<b>APÊNDICE A - CARD DE CONVITE DE DIVULGAÇÃO DO GRUPO FOCAL .....</b>	<b>198</b>
<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PESQUISADOS .....</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL.....</b>	<b>202</b>
<b>APÊNDICE D - MODELO DE DIÁRIO DE CAMPO DOS GRUPOS FOCALIS.....</b>	<b>207</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – CRS .....</b>	<b>208</b>
<b>APÊNDICE F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - SMS .....</b>	<b>209</b>
<b>APÊNDICE G – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>210</b>
<b>APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....</b>	<b>213</b>
<b>APÊNDICE I – MATERIAL DE APOIO PARA ATIVIDADE DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....</b>	<b>215</b>

<b>APÊNDICE J – ATIVIDADE DE RESULTADOS DE PESQUISA .....</b>	<b>216</b>
<b>ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO .....</b>	<b>219</b>
<b>ANEXO B – IMAGEM DO APLICATIVO NotíVIVA .....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO C – APRECIÇÃO DO CEP .....</b>	<b>223</b>

## APRESENTAÇÃO

A aproximação com a temática proposta neste projeto é resultado do agrupamento das experiências pessoais, do período da graduação fortalecidas pelas vivências profissionais.

Durante a formação no Curso de Graduação em Enfermagem (2012 - 2016) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) campus Chapecó – Santa Catarina (SC), no último semestre, me aproximei da área de Vigilância em Saúde (VS). Isso ocorreu quando realizei atividades na Secretaria de Município de Saúde (SMS), setor de Vigilância Epidemiológica, momento em que desenvolvi o olhar voltado aos serviços e registros de saúde, bem como, para a atuação da enfermagem nesse processo.

Após a graduação, em busca de minha qualificação profissional priorizei os cursos com formação voltada a serviço e ações de vigilância, visto que compreendi (e ainda compreendo) como fundamentais para reconhecer as demandas do território e estimular ou ser o disparador de ações em saúde que respondam às necessidades da população.

Em 2017, ingressei no Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde (2017 - 2019), com ênfase em VS vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Rio Grande do Sul (RS). Durante o período da residência, dentre as atividades desenvolvidas, tive a oportunidade de atuar junto à Política de Saúde da Mulher e na Vigilância Epidemiológica, nesta última com as notificações de Violência.

Nesta vivência/experiência no serviço, observei um grande número de fichas de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em que as mulheres eram as mais afetadas pelo agravo, também, constatei a incompletude de dados nas fichas de notificações, visto que muitos dos campos apareciam como “ignorado” ou “em branco”. Em consequência disso, ampliei meus estudos voltados à saúde coletiva, coleta adequada e utilização de dados epidemiológicos, e indicadores de saúde, dentre outros.

No ano de 2019, participei do processo seletivo da UFFS, campus Chapecó - SC, para professora substituta no curso de graduação em enfermagem, onde dentre outras disciplinas ministrei aulas nos componentes de Saúde Coletiva II, abordando a VS no ano de 2019. No ano de 2020 e início de 2021, iniciei aulas no curso de graduação em medicina, momento em que ministrei uma disciplina optativa com a mesma temática e fiz parte do corpo docente dos componentes de Saúde Coletiva I, II, III, IV, V e VI. No mesmo ano (2020), ingressei como pesquisadora voluntária no Laboratório de Pesquisa em Gestão, Inovação e Tecnologias em Saúde (LABITECS) vinculado a UFFS e, dentre as atividades desenvolvidas, está o

Observatório Digital em Gestão da Informação em Saúde. Destaco que mantenho o vínculo com este laboratório como pesquisadora voluntária até os dias atuais. Neste ínterim, participei de grupo de pesquisa e extensão em que buscava desenvolver atividades voltadas às informações de VS.

Atualmente, 2022-2024, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR), bolsista do programa e em 2021 até os dias atuais tenho vínculo com o Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC). Nesses, tenho participado de organização de eventos e apresentação de trabalhos com temas relacionados à pesquisa científica e sua interface com: saúde coletiva, ruralidade, cultura, etnia, mulheres e violências. Esses tópicos sustentam a linha de pesquisa: Estudos acerca de cultura, gênero, violência, desigualdades/iniqüidades e políticas públicas na perspectiva da saúde coletiva e da ruralidade

Como pode ser observado, a Saúde Coletiva e as ações de VS nortearam muitos caminhos da minha vida profissional, e em algumas experiências voltadas à temática de violência e saúde da mulher. Para tanto, neste mestrado, busco continuar a estudar uma questão de inquietação profissional: os dados da vigilância em saúde no contexto da saúde da mulher; problema que é recorrente na prática dos profissionais da enfermagem e da saúde, e constatado na literatura nacional e internacional. E, com esta dissertação pretendo agregar conhecimento científico à linha de pesquisa “Vulnerabilidades da população no contexto da ruralidade” do PPGSR da UFSM, campus Palmeira das Missões - RS.

## 1. INTRODUÇÃO

Para adentrar na temática de situações de violência contra as mulheres (VCM), primeiro faz-se necessário retomar a importância da Atenção Primária em Saúde (APS)<sup>1</sup> no Sistema Único de Saúde (SUS). A APS tem o papel de protagonista na busca do acesso universal à saúde, produzindo efetivas respostas na forma de atuar nas demandas da população. Com o passar dos anos, a APS passou por diferentes estruturas e atualmente contribui na organização do território na forma de Estratégias Saúde da Família (ESF). Essa prevê maior conhecimento do território e de suas demandas, visto que a unidade de saúde tem atuação em uma área adscrita e com delimitada população, além de orientar o sistema de saúde (Arantes, Shimizu, Merchán-Hamann, 2016; Cecilio, Reis, 2018). Esta estratégia e organização da rede também contribui para avaliação epidemiológica do território (Arantes, Shimizu, Merchán-Hamann, 2016), apresentando importância significativa nas ações de reconhecimento de demandas, promoção e prevenção à saúde.

Ao refletir sobre a APS, não se pode esquecer que o território é monitorado por unidades de saúde que permite (em teoria) uma VS efetiva, visto que essa consiste em operacionalizar o Sistema Nacional de VS, ou seja, atuar de forma a contribuir na Rede de Atenção à Saúde (RAS), no controle e monitoramento de acontecimentos de vida da população; seja através de fluxos, definições de casos, sistemas, condutas e medidas de restrições, bem como na avaliação e comunicação de riscos (Brasil, 2019a).

Quando consideradas as situações de violência contra as mulheres, a coleta adequada dos dados, bem como a análise e divulgação dos mesmos, fortalece a identificação dos casos e a necessidade de investimentos no desenvolvimento de ações efetivas para prevenção e tentativa de redução dessas violências contra elas (World Health Organization, 2021a). Neste contexto, os dados epidemiológicos provenientes das notificações em saúde, quando bem coletados e utilizados, auxiliam os serviços e a gestão na intervenção das demandas de saúde. No caso de VCM<sup>2</sup>, as informações também impactam na implementação de medidas protetivas ou impeditivas nos casos de violência, e até mesmo no rompimento do ciclo da violência.

A VCM é reconhecida no cenário mundial como um fenômeno grave e generalizado,

---

<sup>1</sup> Nota da autora: Ao considerar as reflexões de Cecílio e Reis (2018) em “Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde” optou-se por considerar “Atenção Básica em Saúde” e “Atenção Primária em Saúde” como sinônimos.

<sup>2</sup> Nota da autora: Neste estudo utilizar-se-á “violência contra as mulheres” para referir-se as notificações onde a violência foi praticada/notificada contra o sexo feminino, independente se foi identificada como uma violência autoprovocada, ou não.

bem como uma violação dos direitos delas, ou seja, é um problema de saúde pública (La Salud, 2020; World Health Organization, 2021a) independente das características individuais da vítima, como religiosidade, escolaridade e idade, dentre outras (Brasil, 2011a; Curia et al., 2020).

Estimativas globais de 2018, apresentadas em 2021, abordam que 27% das mulheres casadas ou companheiras de 15 a 49 anos sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo<sup>3</sup> e 13% das mulheres sofreram essas mesmas violências, pelo referido parceiro, nos últimos 12 meses (World Health Organization, 2021a). Neste mesmo cenário, ao considerar essas violências, os dados apontam que quase uma em cada três mulheres sofreram uma ou ambas violências ao menos uma vez na vida (World Health Organization, 2021a) ocasionada por parceiro íntimo ou violência sexual de outra pessoa (La Salud, 2020).

Um estudo da World Health Organization (2021b) apresentou que, em 2018, mulheres entre 15 e 49 anos no cenário mundial apresentaram quantitativos significativos para VPI física e sexual, sendo que a prevalência ao longo da vida delas está para 25% nos países de baixa e média renda das Américas, 21% na Europa, 31% no Mediterrâneo Oriental, 33% na região africana e Asiática e 20% no Pacífico Ocidental. O mesmo estudo, aborda que a média global de VPI nos últimos meses é de 13% dentre elas, porém, ao analisar os países Americanos, a Bolívia foi o único país com maior estimativa que a média global representado por 18%. Os demais países, mesmo com quantitativos abaixo da média, ainda apresentam valores significativos de VPI com destaque aos países com baixa ou média renda como Colômbia e Haiti (12%), Peru (11%), Guiana e República Dominicana (10%). Ao considerar os países do continente Americano de alta renda o Panamá apresentou maior quantitativo com 8% na estimativa de prevalência (World Health Organization, 2021b).

Ao considerar mulheres entre 15 e 49 anos, a prevalência de VPI física e sexual ao longo da vida, apresenta maiores quantitativos em Quiribáti (53%), Fiji (52%), Papua Nova Guiné (51%), Bangladesh e Ilhas Salomão (50%), República Democrática do Congo e Vanuatu (47%), Afeganistão e Guiné Equatorial (46%), Uganda (45%), Libéria e Nauru (43%), Bolívia (42%); Gabão, Sudão do Sul e Zâmbia (41%); e Burundi, Lesoto e Samoa (40%) (World Health Organization, 2021<sup>a</sup>). Essas estimativas, dão visibilidade à problemática em todos os continentes.

Enquanto no cenário nacional, quando considerado mulheres de 15 a 49 anos, 23% das

---

<sup>3</sup> A utilização de “parceiro íntimo” nesta situação é compreendida por: casamento ou coabitação ou outras parcerias íntimas regulares, podendo incluir maridos/parceiros atuais e ex-maridos/parceiros (World Health Organization, 2021a).

mulheres sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo, e 6% sofreram essas violências no último ano (World Health Organization, 2021b). Porém, ao contextualizar os diferentes cenários do território, sabe-se que muitas situações de violência não são identificadas, e, conseqüentemente, não são notificadas pelos serviços públicos.

Corroborando com isso, sabe-se que, dentre as mulheres que sofreram algum tipo de violência, dados demonstram que entre 55% e 95% delas não verbalizam ou buscam algum serviço para auxílio (La Salud, 2020); compreende-se assim que, mesmo os valores de casos de violência sendo elevados, ainda os dados podem estar distantes da realidade que se apresenta no território.

Outra fragilidade quanto à identificação da violência e notificação, trata-se da comunicação entre profissional-paciente durante o atendimento na APS. Um estudo de 2018, destaca a invisibilidade das mulheres em situação de violência devido a não identificação do ato violento, pois as mulheres em situação de violência não verbalizam suas vivências e os profissionais de saúde não questionam sobre essa possibilidade (Souza et al., 2018). Neste sentido, compreende-se que, mesmo as mulheres buscando os serviços de saúde, não há garantia que a situação de violência seja identificada e notificada.

Considerando o contexto exposto, a VS, por meio da busca ativa e das notificações, pode ser uma importante ferramenta de identificação e monitoramento dos dados acerca da violência contra as mulheres, a qual pode ocorrer nas mais diversas formas, sejam elas: doméstica, sexual, física, psicológica, patrimonial, moral e institucional, dentre outras (Brasil, 2011a; Curia et al., 2020). Para tanto, a APS, a ESF e os profissionais de saúde têm papel fundamental na suspeita ou identificação dos casos de violência.

Quando considerado o papel da equipe da ESF, um estudo de 2016 aborda que, dentre os profissionais da ESF, o enfermeiro, em muitos momentos, é quem apresenta maior conhecimento para atuação no contexto da violência, visto que esse pode se apresentar como coordenador da unidade ou multiplicador de informações em saúde (Martins et al., 2016). Sabendo, também, que nos casos de violência, este profissional tem papel fundamental no acolhimento, atendimento, esclarecimento de dúvidas, registros necessários e encaminhamentos (Soares et al., 2015). Porém, dentre os artigos recuperados e selecionados para construção deste trabalho (mesmo os que não foram citados), observou-se maior destaque para a atuação do enfermeiro enquanto assistência em saúde, acolhimento e cuidado com as mulheres em situações de violência.

Considerando a VS, compreende-se que a notificação em casos confirmados ou suspeitas de violência faz parte do processo de cuidado da usuária em situação de violência,

assim tornando-se fundamental sua realização pelos profissionais de saúde. Entretanto, o preenchimento da ficha de notificação (FN) deve ocorrer de forma a aproximar-se da realidade dessas mulheres, e ao considerar o território, faz-se necessário identificar o espaço geográfico que o mesmo ocorreu.

E, nessa perspectiva de compreensão da VS, também se encontram limitados estudos com abordagem da VCM rurais e urbanas, embora houve um aumento no quantitativo das pesquisas com o passar dos anos. Entretanto, para a efetiva caracterização desse fenômeno faz-se necessário ampliar as investigações e, com a análise dos resultados, obter subsídios para estruturar estratégias e ações de enfrentamento da violência de forma intersetorial, considerando: saúde, educação e segurança, dentre outros setores; com o objetivo de melhor atendê-las (Brasil, 2011a; Menezes et al., 2014), principalmente os serviços de saúde enquanto unidades notificadoras<sup>4</sup>.

Também, faz-se necessário compreender o espaço (rural, urbano e periurbano) de ocorrência da violência e residência das mulheres em situação de violência.

Ao buscar a compreensão de rural e urbano, Passamani e Borges (2021), ao abordarem a publicação de Ondina Fachel Leal de “Os gaúchos: cultura e identidade masculinas no pampa”, despertam a complexidade de definir conceitualmente esses espaços geográficos. Corroborando com isso, acentua-se as diferenças de espaços rurais entre regiões de campanha e pampa, fazendas, galpões, trabalhadores rurais e da pecuarista extensiva, relações econômicas e de recursos dos indivíduos, dentre outros fatores (Passamani; Borges, 2021; Leal, 2019). Nessa condição, definir espaços urbanos e rurais de uma forma geral precisa perpassar a delimitação geográfica visto que os residentes da localidade são orientados também por marcadores sociais, culturais e econômicos, dentre outros.

Os espaços rurais perpassam simples definições e conceituações simplórias quando busca-se a compreensão pela completude de seu entendimento. Na busca pela compreensão, faz-se necessário vincular o espaço rural ao espaço urbano no sentido de complementariedade, bem como, considerar que o espaço rural pode ser composto de agrovilas, assentamentos da reforma agrária, espaços de agricultura familiar ou grande produções, locais que proporciona lazer e consumo para a população urbana (Debastiani et al., 2023). Mesmo compreendendo a ampla reflexão dos espaços urbanos, rurais e periurbanos, para este estudo, serão consideradas as definições de preenchimento da FN, visto que essa é o objeto do estudo. Logo, o espaço/zona urbano(a): as áreas territoriais com características de cidade (concentração populacional e

---

<sup>4</sup> Nota da autora: Compreende-se como “unidade notificadora” todos os serviços de saúde que realizam notificações que vão alimentar/atualizar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

habitacional, estruturas administrativas, serviços públicos, comércio e lazer); como espaço/zona rural: áreas com características do campo (menor concentração populacional e afastadas das estruturas administrativas) e como espaço/zona periurbana: áreas próximas à urbana, na qual as características locais aproximam-se dos espaços rurais. (Brasil, 2009<sup>a</sup>)

Ao considerar o exposto, destaca-se a importância dos estudos sob a perspectiva de diferentes referenciais teóricos e metodológicos com a temática: notificação de VCM rurais e urbanas. Compreende-se que todas as estratégias de olhar para uma realidade e analisá-la por meio de referenciais faz-se importante, visto que amplia a compreensão dos cenários e significados empregados pelos sujeitos, nesse contexto de enfrentamento das situações de violência em que as mulheres são as principais agredidas (Brasil, 2011a).

Ao cursar o mestrado, conforme solicitado como atividades de aula e para construir o conhecimento referente a temática e projeto de pesquisa, houve a realização de um estudo de tendência e uma revisão de literatura abordando a VCM. Neste movimento de aprendizagem, ficou identificada a vasta produção científica nos últimos com diferentes métodos e olhares, porém um quantitativo restrito quando relacionado ao comparativo da violência nos cenários urbanos e rurais.

Através das fragilidades do cenário nacional relacionado à atuação da vigilância em saúde, principalmente quando considerado as notificações das situações de VCM que vivem em contexto rural, urbano e periurbano; bem como a vasta produção científica sobre a temática da violência, porém a limitada produção científica avaliando o comparativo dos cenários rurais e urbanos e periurbanos, e utilizando o método proposto nesta pesquisa, **justifica-se** a necessidade do desenvolvimento deste estudo com a utilização do método misto, visando à análise quantitativa dos dados de notificação de violência em que as mulheres são as principais afetadas e também, qualitativamente, com os profissionais de saúde que atendem às mulheres em situação de violência e notificam os casos. Ainda, faz-se necessário considerar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, na qual as Nações Unidas fazem um apelo global para o desenvolvimento de ações em prol da humanidade e, dentre eles, tem-se o investimento/financiamento de ações para erradicação da pobreza, fome zero e agricultura sustentável, saúde e bem-estar, educação de qualidade, igualdade de gênero, redução das desigualdades; e paz, justiça e instituições eficazes, dentre outros (Nações Unidas, 2024).

Logo, este estudo tem como **questões de pesquisas**: “Qual a compreensão de profissionais de saúde no preenchimento da ficha de notificação de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano? E como essas notificações são apresentadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação?”. E como **objetivo geral**: Analisar as

notificações de violência contra mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e a compreensão de profissionais no preenchimento da ficha de notificação.

Como objetivos secundários, este estudo propõe: [1] Caracterizar os casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre os anos de 2012 e 2020 nos municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; [2] Identificar a compreensão dos profissionais de saúde no preenchimento das notificações em casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural e urbano e [3] Analisar as interconexões entre as notificações de saúde e a prática dos profissionais nos casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural e urbano.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção busca aprofundar a conceituação e compreensão de informações relevantes neste estudo, as quais serão apresentadas em quatro tópicos, quais sejam: 2.1 Vigilância em saúde no contexto do território rural e urbano; 2.2 Notificações de violência doméstica, sexual e/outra violência interpessoal: (re)conhecimento e preenchimento da ficha de notificação; 2.3 Notificação de saúde: O Fluxo de dados como oportunidade de monitoramento e mudança; e 2.4 Violência contra as mulheres: identificar, monitorar e intervir para proteger.

### 2.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO TERRITÓRIO RURAL E URBANO

A vigilância é considerada como um importante instrumento de saúde pública, que vem se desenvolvendo/adaptando no decorrer da história, através da influência do período histórico, da população e os acometimentos de saúde (Arreaza; Moraes, 2010). Porém, mesmo com o desenvolvimento de ações de identificação e controle sendo aplicados a população com respaldo legal, somente em 2018 foi instituída uma política em território nacional.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução Nº 588 de 2018, foi um importante marco nas ações de vigilância. Ela compreende a VS por:

processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (Conselho Nacional de Saúde, 2018, p:s/n).

A mesma resolução destaca a importância de as ações de vigilância ocorrerem em todos os pontos da RAS (Conselho Nacional de Saúde, 2018), desta forma compreende-se o processo de intersetorialidade, visto que o SUS se apresenta como uma grande rede de atendimentos que busca responder às demandas da população.

A intersetorialidade pode ser compreendida como um processo em construção, compartilhado e de corresponsabilização entre os diferentes serviços que compõem a RAS, com o objetivo da melhoria na qualidade de vida da população (Arreaza; Moraes, 2010). Porém, no cenário nacional a intersetorialidade ainda se apresenta como um desafio a ser conquistado, pois para que a mesma aconteça de forma eficiente faz-se necessário romper com ações ‘tradicionais’ do modelo de gestão (Barufaldi et al., 2017). Quando se analisa a

intersectorialidade enquanto coleta e análise de dados de monitoramento para caracterização do território, a mesma também apresenta obstáculos para se concretizar.

A Lei Nº 8.080 de 1990 aborda as ações voltadas para vigilância, ao qual já destaca a importância do conhecimento, detecção e prevenção de fatores relacionados ou impactantes na saúde de um território (Brasil, 1990). Neste sentido, a política compreende a análise de situação de saúde como importante para a identificação/compreensão dos problemas de saúde de um determinado território, isso com o objetivo de avaliar o risco ao qual essa população está exposta, bem como, compor indicadores de saúde que auxiliam no planejamento local (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Assim, conhecer o território ao qual essa população está inserida é fundamental no processo de identificação, monitoramento e referenciamento dos acometimentos em saúde.

Diante disso, é primordial no processo de identificação e monitoramento compreender que espaços urbanos e rurais diferem entre si. E esta diferenciação impacta nos acometimentos de saúde e no comportamento da população residente do local.

O espaço urbano apresenta características de cidade, como a maior concentração populacional e serviços de fácil acesso, como: estruturas administrativas, saúde, segurança, comércio e lazer; já o espaço rural apresenta características como menor concentração populacional, áreas que podem ser afastadas dos centros urbanos e serviços oferecidos por eles (Brasil, 2009a). Por mais que o ambiente rural encontre-se afastado ou apresenta dificuldade de acesso aos serviços de saúde, isso não deve ser um impeditivo do acompanhamento/monitoramento em saúde.

Neste sentido, a proposta da territorialização da VS busca aproximar a tomada de decisão e a promoção da saúde às reais demandas e enfrentamentos ou acometimento no território, visando assim a cobertura real do mesmo (Arreaza; Moraes, 2010) e, para isso, é necessário conhecer todos os atores ou fatores de um mesmo cenário e que podem influenciá-lo.

Corroborando isso, a coleta, análise e divulgação dos dados em saúde torna-se uma importante ferramenta de planejamento em saúde ao coletivo, visto que auxilia na determinação de ações prioritárias de um território (World Health Organization, 2021a), além de estimular o desenvolvimento de pesquisa, relatório e análise sob diferentes perspectivas voltadas a uma mesma temática (World Health Organization, 2021b).

Diante do exposto, compreende-se que as ações de VS devem ser realizadas em todos os pontos da RAS e do território, com o objetivo de responder ou aproximar os dados e achados em saúde da real situação vivenciada pelos indivíduos e pelo coletivo.

No contexto da VCM, um estudo de 2018 aponta a dificuldade dos profissionais de saúde em notificar os atos violentos contra elas e, como os relatos sinalizam, há uma maior notificação quando a situação de violência é confirmada, quando comparado aos casos suspeitos (Souza et al., 2018).

Já um estudo de 2020 apontou estratégias bem-sucedidas relacionadas à identificação e notificação dos casos de VCM, sendo elas: a construção e estruturação de serviços especializados para os casos de violência, disponibilidade de equipe multidisciplinar; estruturação de fluxos e protocolos; e atividade profissional como treinamento, reuniões e debates sobre a temática (Cargnin et al., 2021). As estratégias bem-sucedidas, foram observadas no quantitativo dos casos notificados quando comparados por ano e apresentados no referido estudo.

Ao considerar que a notificação em saúde apresenta-se como um dispositivo importante da VS para geração de dados, compreende-se que a mesma pode ser utilizada para subsidiar estratégias relevantes no enfrentamento da VCM (Souza et al., 2018). Ainda, espera-se que os profissionais de saúde assumam o papel de ‘vigilantes em saúde’, notificando mesmo em situações complexas como as violências.

Em contraponto, sabe-se que, em muitas situações, a notificação da suspeita e/ou confirmação da violência não é realizada. Um estudo de 2021, apontou a possibilidade de não ser realizado o encaminhamento e manejo adequado para os casos de suspeita de abuso sexual, isso devido à organização social local (Cargnin et al., 2021).

Neste contexto, cabe aos profissionais de saúde compreender que a VCM caracteriza-se como um fenômeno histórico e cultural, porém recentemente foi considerado como um problema de saúde pública (Lawrenz et al., 2018). E, ao ser considerado como tal, inicia-se a busca por estratégias e medidas de prevenção e enfrentamento das mesmas, dentre as quais está o conhecimento do perfil das notificações e a necessidade de qualificar as informações em saúde (Barufaldi et al., 2017).

Dentre as estratégias propostas, o conhecimento da magnitude e as características das situações notificáveis e a compreensão, por parte dos profissionais de saúde, para o registro adequado e encaminhamentos se torna fundamental para identificar o número e a prevalência de casos no território (Barufaldi et al., 2017; Lawrenz et al., 2018). E, assim, em território nacional, é pensado um sistema de informação que possibilite o reconhecimento dos casos de violência.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) deve fornecer dados com possibilidade de identificação de agravos em saúde, além de promover a mobilização dos

serviços públicos para elencar prioridades de intervenção rápida e eficiente às problemáticas de um território, também para avaliar o impacto das ações propostas (Rocha et al., 2020; Souza et al., 2018). Entretanto, sua correta utilização e a capacitação dos profissionais para tal, é fundamental para que os dados em saúde coletados e notificados se aproximem da realidade do território.

## 2.2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: EVOLUÇÃO DAS LEIS E POLÍTICAS NACIONAIS PARA ENFRENTAMENTO E PROTEÇÃO

A VCM é considerada um problema de saúde pública, o qual encontra-se enraizado na história da sociedade e que muitas vezes se apresenta invisibilizado pela mesma.

O comportamento da naturalização da violência pode estar vinculado a questões culturais e intergeracionais (Bervian et al., 2019) de forma individual e coletiva. Também, ocorre a invisibilização do ato violento através da não verbalização devido ao medo, esperança de mudança por parte do agressor, isolamento e retaliação social, dentre outros fatores (Brasil, 2005). Levando a maioria das mulheres a não procurar um serviço que possa auxiliar no atendimento à violência (La Salud, 2020). Ainda vale destacar esse comportamento histórico que também é vivenciado e algumas vezes reforçado (involuntariamente) pelos serviços de saúde, devido aos desafios na atuação profissional (Aguiar et al., 2020; Aguiar et al., 2023; Arboit et al., 2018).

Os comportamentos violentos são reproduzidos historicamente na sociedade e em diferentes culturas. As mulheres nesse contexto, encontram-se condicionadas a vivenciar a violência em seus ambientes familiares e sociais, mesmo não identificando o ato violento, visto que este encontra-se naturalizado por elas.

No cenário nacional e mundial muito tem-se feito para identificar e monitorar os casos de violência, principalmente no âmbito da pesquisa científica com a VPI (Barros; Schraiber, 2017; Ikekwuibe; Okoror, 2021; Lee et al., 2021; Schraiber et al., 2023; Stoff et al., 2021). Com o passar dos anos, os estudos buscam compreender o fenômeno da violência e auxiliar nas reflexões sobre a temática. Neste ínterim, os processos legislativos, políticas e programas no cenário nacional também adotaram contínuas estratégias voltadas para as situações de violência ou a VCM.

Referente à mobilização legal relacionado a notificação da VCM, retoma-se a Lei nº 6.259 de 1975, a qual dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e o Programa Nacional de Imunizações para o estabelecimento de normas relativas à notificação

compulsória de doenças, bem como tem-se a compreensão da vigilância epidemiológica como as “informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde” (Brasil, 1975). Neste contexto, compreende-se que os serviços de saúde já eram estimulados a identificação, controle e monitoramento dos agravos e condicionantes de saúde da população no cenário nacional (Arreaza; Moraes, 2010).

A Lei nº 8080/1990, a qual tem um olhar mais atento à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como as estratégias de organização e o funcionamento dos serviços de saúde, inclui áreas da vigilância em saúde como campos de atuação do SUS e traz a vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que visam o “conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva”, isso com o objetivo de auxiliar na adoção de medidas de prevenção, controle ou minimização de doenças ou agravos de saúde (Brasil, 1990). Compreende-se que as legislações supracitadas buscam identificar, conhecer e monitorar os territórios e agravos dos mesmos com vistas a promover a saúde da população, bem como identifica-se a atualização de definições no decorrer do tempo.

Buscando ampliar esse reconhecimento através de dados oficiais de saúde, o Decreto nº 218 de 1997 aborda a responsabilidade profissional nos registros dos agravos de saúde através do reconhecimento dos profissionais de saúde de nível superior (Brasil, 1997a) para que os mesmos realizem a notificação em saúde no exercício de sua profissão. Vale destacar que a atuação dos profissionais de saúde na notificação e registro de agravos à população já é reconhecida como uma importante ferramenta (Garbin et al., 2015; Gaspar; Pereira, 2018).

Mesmo com VCM ganhando visibilidade, compreende-se a necessidade de ampliar as discussões no âmbito legislativo quanto ao monitoramento das situações de violência contra elas, porém considera-se que os profissionais de saúde já eram estimulados a registrar e notificar situações de saúde.

Ainda em 1997, a Lei nº 9.455 busca com a legislação definir os crimes de tortura para que esses seja melhor compreendido e contribua na sua identificação (Brasil, 1997b). Destaca-se que a tortura é uma das tipificações da violência registradas na FN na atualidade (Brasil, 2016b; Brasil, 2019a).

No ano de 2020 é publicada, como informes técnicos institucionais, a Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência (BRASIL, 2000). Nesta política, é abordada a necessidade de monitorização da ocorrência de acidentes e de violências, a assistência interdisciplinar e intersetorial, capacitação de recursos humanos para a atuação nos

casos e a responsabilidade institucional na instituição da política.

O monitoramento dos casos de violência vem ao encontro da necessidade dos registros em fontes oficiais. Para isso, em 2003, a Lei nº 10.778 estabelece a notificação compulsória no território nacional e sua obrigatoriedade para os profissionais de saúde no exercício de sua função (Brasil, 2003). Vale destacar que a notificação de saúde segue os agravos contidos na LNC.

Os dados oficiais fortalecem a análise local de um determinado acometimento de saúde. Tal a importância da coleta de dados e do monitoramento que as notificações impactam diretamente nas estratégias de planejamento, disponibilização de recursos e instituição de políticas e programas de saúde (Brasil, 2016b; Conselho Nacional de Saúde, 2018; Leite et al., 2023).

Fortalecendo a proposta anterior, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher traz no decorrer de seu texto o olhar voltado às situações de violência doméstica e sexual (Brasil, 2004). O olhar da política voltado para as situações da violência traz a visibilidade e a complexidade para as discussões transversais, multiprofissionais e intersetoriais de saúde. Com a ampliação da visibilidade da violência em 2005 o Ministério da Saúde lança o guia: *Enfrentando a violência contra a mulher: Orientações práticas para profissionais e voluntários(as)* (Brasil 2005). Este instrumento tem por finalidade contribuir no atendimento de profissionais de saúde nos casos de violência.

No ano seguinte, 2006, tem-se a instituição da Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha) ao qual detona como um marco de lutar em prol da violência contra as mulheres no cenário nacional, ademais a legislação busca proteger o vulnerável em uma condição de violência através da garantia de direitos (Brasil, 2006). Essa lei amplia o olhar no cenário nacional para a violência vivenciada pelas mulheres e até então invisibilizada. Ademais, a partir de 2006, prioriza-se ações e o olhar para as situações de violência.

Corroborando isso, destaca-se a potencialidade da notificação da violência e, em 2009, é publicado ou disponibilizado o Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, ao qual orienta os profissionais de saúde no preenchimento da FN da violência para fortalecer as bases de dados existentes (Brasil, 2009a). Destaca-se que as mesmas poderiam compor uma importante ferramenta de identificação, avaliação e disparadores de estratégias de enfrentamento para as situações de violência.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde, em 2009, lançou um material ilustrativo voltado a uma cultura da paz, promoção da saúde e prevenção da violência (Brasil, 2009b). Este material

apresenta alguns tipos de violência e forma que eles ocorrem, compreende-se que o acesso da população e profissionais de saúde a estes materiais contribuíram positivamente na identificação e conhecimento sobre a temática.

Com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres, busca-se ampliar a visibilidade da violência no cenário nacional (Brasil, 2011a) com a retomada de conceitos e ações voltados para a prevenção e combate à VCM. Corroborando com o exposto, em 2011, o cenário nacional introduz a Portaria nº 104 (Brasil, 2011c). Nesta portaria, tem-se a definição das terminologias adotadas em legislação nacional de doença, agravo, evento e emergência, bem como apresenta em seu ANEXO I a LNC, na qual encontra-se a violência doméstica, sexual e outras violências descritas.

A LNC busca orientar os agravos de saúde de notificação imediata nos serviços em território nacional. Ainda é complementado pelas demais legislações supracitadas, observa-se a obrigatoriedade da notificação no atendimento profissional, bem como a não exclusão deste ato sob nenhuma perspectiva.

Compreende-se, com essa estratégia, a importância da padronização dos dados para um melhor acompanhamento e monitoramento dos casos de violência no território, bem como na identificação de características deste fenômeno. No mesmo ano (2016) é instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde contribuindo na forma de política pública para a análise dos dados (Brasil, 2016c).

Mesmo com todas estas estratégias adotadas no cenário nacional, somente em 2018 é instituída pelo CNS a Política Nacional de Vigilância e Saúde (PNVS) através da Resolução nº 588/2018 (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Nesta política, encontra-se amplamente descritas as ações de vigilância em saúde, dentre elas a análise, coleta de dados, controle, monitoramento e ações que podem ser desenvolvidas ou desencadeadas nos serviços de saúde.

Ademais, são abordados fatores de formação, articulação de saberes e recursos, autonomia e participação do controle social nas ações compartilhadas de vigilância em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Logo, compreende-se que essa articulação pode ser desenvolvida em prol do enfrentamento da VCM. Assim ressalta-se que a PNVS vem para fortalecer estratégias e ações já existentes e desenvolvidas no cenário nacional, porém com a institucionalização na forma de política pública espera-se que a ordenação da rede contribua para sua implementação das ações de vigilância.

Contribuindo para a implementação da PNVS, em 2019 é publicado o Guia de Vigilância em Saúde ao qual orienta frente às ações relacionadas às doenças e agravos de notificação compulsória a fim de ampliar os instrumentos de visibilidade às condições de

violência (Brasil, 2019a). Este instrumento foi atualizado em 2021 (Brasil, 2021).

No mesmo ano, é lançado o roteiro para o uso do SINAN NET para análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais da Violência Interpessoal / Autoprovocada. Este roteiro busca auxiliar os profissionais de saúde no preenchimento do sistema SINAN de forma a buscar uma padronização nos dados em todo território nacional (Brasil, 2019b).

Mesmo com as diferentes ações e estratégias que contribuem para as ações de vigilância em saúde (muitas delas não mencionadas nesta unidade de reflexão), compreende-se que a política nacional assume uma força de união dos saberes e tentativa de aplicabilidade no cenário nacional. Dada sua importância, a PNVS foi escolhida para representar o marco conceitual deste trabalho.

### 2.3 NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OUTRA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL: (RE)CONHECIMENTO E PREENCHIMENTO DA FICHA

A notificação em saúde pode apresentar-se como notificação compulsória (NC) ou notificação compulsória imediata (NCI). Por NC compreende-se a comunicação obrigatória pelos profissionais ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde (públicos ou privados) sobre a suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública às autoridades em saúde (Brasil, 2014; Brasil, 2022a), e a NCI, trata-se da NC em até 24 horas da ocorrência/confirmação dos eventos listados na Lista Nacional de Notificação Compulsória (LNC) (Brasil, 2014).

Para além do referido, destaca-se a obrigatoriedade da notificação a todos os profissionais de saúde no exercício de sua profissão, estando eles na saúde públicas, privadas ou ensino (Brasil, 2011c; Brasil, 2014; Brasil, 2016b), e cabendo a gestão a responsabilidade do acompanhamento dos casos e notificações e o suporte profissional (Brasil, 2016b). Destaca-se que a NCI, prioritariamente, deve ser realizada pelo profissional de saúde que prestou o primeiro atendimento ao indivíduo notificado (Brasil, 2011c).

Essa notificação/investigação de casos alimenta o SINAN, o qual tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados epidemiológicos para fim de auxiliar no reconhecimento dos agravos notificados em um determinado território e tempo, também auxiliar no planejamento em saúde e nas intervenções, considerando cada característica do ato violento (Brasil, 2019b). Para além disso, o sistema fornece subsídios para explicar a ocorrência de agravos notificados, riscos e a realidade epidemiológica de uma área (Brasil, 2022a).

A notificação da violência passou a integrar a LNC a partir da Portaria nº 104/2011 e da Portaria nº 1.271/2014 (Brasil, 2016b). Assim, a violência doméstica ou outras violências e a violência sexual e tentativa de suicídio devem ser notificadas à SMS em um tempo menor que 24 horas (Brasil, 2014), logo, caracterizam-se como NCI.

A violência ou ato violento pode ser compreendido como qualquer conduta intencional que resulte em dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial, sendo que o resultado do ato violento por ser imediato ou posterior (Brasil, 2016b). Também, a violência pode caracterizar-se como autoprovocada ou autoinfligida (autoagressões e tentativas de suicídio), interpessoal (violência doméstica, família ou por parceiro íntimo, ao qual refere-se à ação ou omissão praticada por um familiar com impacto negativo ao indivíduo dentro do ambiente familiar), interpessoal (comunitária e geralmente em ambiente social) e coletiva (social, política e econômica) (Brasil, 2009b; Brasil, 2016b).

Quanto ao ato violento, resumidamente, o mesmo pode ocorrer de natureza física: ora através de socos, tapas ou pontapés, ora utilizando algum objeto; sexual: podendo caracterizar-se como abuso incestuoso (atividade de cunho sexual envolvendo familiares próximos), atentado violento ao pudor (carícias íntimas, masturbação, sexo oral e anal sem consentimento e mediante algum tipo de violência), estupro (relação sexual sem consentimento), assédio sexual (ato de constrangimento para obtenção de vantagem ou favorecimento sexual), exploração sexual (atividade com fins lucrativos), pornografia infantil (material vendido, produzido, divulgado ou publicado com imagens e vídeos com pornografia ou ato sexual com crianças ou adolescentes), pedofilia (adultos que mantem atividade sexual com criança) e voyeurismo (transtorno de personalidade da preferência sexual, o qual consiste em observar atividades sexuais ou íntimas) (Brasil, 2009b).

Um estudo de 2020, que buscou descrever as características da violência contra as mulheres notificadas no SINAN no período de 2008 a 2014, identificou que 42,3% das notificações se tratavam de mulheres entre 20 a 29 anos, seguida por 30 a 39 anos (32,2%), 40 a 49 anos (17,3%) e 50 a 59 anos (8,3%); quanto a tipificação da violência: 91,5% estava relacionada a violência física; 4,7% sexual; 15,5% psicológica; 0,8% negligência e 12,5% pelos múltiplos tipos de violência (Neto; Girianelli, 2020). Como pode ser observado, há um quantitativo relevante para as notificações com múltiplos tipos de violência.

Outro estudo, ao considerar a violência sexual, buscou caracterizar os casos notificados pelo mesmo sistema em uma cidade brasileira no período de 2011 a 2016. Os resultados deste estudo demonstram que a faixa etária com a maior proporção de notificações de violência sexual

foi entre 10 e 14 anos (70,8%), de 5 a 8 anos de estudo escolar (60,3%), solteiras (68,5%), a residência apareceu como o principal local do ato violento (84,5%) e que o agressor na maioria das violências era o parceiro íntimo nos casos de mulheres jovens e um desconhecido nas mulheres com idade igual ou maior que 20 anos (Cargnin et al., 2021). Ao analisar os achados deste último estudo, observa-se que, em muitas situações de violência, o agressor é próximo das mulheres, bem como, compreende-se que a violência sexual pode estar associada a outras violências, como a física e psicológica.

A violência de natureza psicológica é considerada como todo ato com impacto negativo à autoestima, identidade ou desenvolvimento, podendo caracterizar-se por ameaça; assédio moral: exposição a situações constrangedoras e repetidamente; negligência: ausência/impedimento da manutenção das necessidades básicas, físicas ou emocionais; institucional: praticada pelos serviços públicos e privados por meio da falta de acesso ou serviços de baixa qualidade; e econômica ou patrimonial: destinada a reter e/ou destruir documentos e materiais de consumo (Brasil, 2009b). Como pode ser observado, devido à variedade de características da violência, tipificar o ato violento é complexo e isso influencia na atuação dos profissionais de saúde no preenchimento da NC.

Entretanto, antes de realizar a notificação, cabe ao profissional de saúde um olhar sensível para a suspeita ou confirmação do ato violento (Mapelli et al., 2020). Conforme consta em um estudo de 2020, algumas violências não são facilmente identificadas quando comparadas às demais, é o exemplo da violência psicológica (Mascarenhas et al., 2020). E, como trata-se de difícil identificação, pode haver uma subnotificação significativa nos casos de violência psicológica contra as mulheres no cenário nacional.

Neste sentido, destaca-se que identificar o ato violento, conhecer a FN e o seu preenchimento é fundamental para que a notificação ocorra de forma correta. Assim, ao considerar a FN, é necessário destacar que os campos de preenchimento se dividem em obrigatórios essenciais e campos-chave<sup>5</sup>. Os campos de preenchimento obrigatório são aqueles que possibilitam a inserção da ficha no SINAN, ou seja, sem estes dados o ato violento notificado não pode ser inserido no sistema; os campos essenciais, porém não obrigatórios, possibilitam a investigação dos dados epidemiológicos, ou seja, avaliar estatisticamente uma realidade epidemiológica local em um determinado espaço de tempo; e os campos-chave permitem a identificação do registro no sistema (Brasil, 2016b).

A não obrigatoriedade do preenchimento total da FN reflete nos dados recuperados da

---

<sup>5</sup> Nota da autora: Por considerar esta informação importante ao projeto, estas informações podem ser visualizadas separadas em cores na FN no ANEXO A.

base e, conseqüentemente, na análise dos mesmos. Corroborando isso, ao analisar a apresentação dos dados notificados de VCM de 2008 a 2015, em uma cidade brasileira, observa-se valores significativos apresentados como ‘ignorados’, sendo eles relacionados ao sexo do agressor (34,6%), relação interpessoal (20,1%), frequência da agressão (59,1%) e local de ocorrência (72,9%) (Neto; Girianelli, 2020). Diante disso, compreende-se a necessidade da obrigatoriedade no preenchimento total da FN para o aparecimento destes dados.

Outro estudo, de 2018, também destacou a presença de um número significativo de informações ‘ignoradas’ ou ausente, porém neste estudo são abordadas possíveis situações para o aparecimento desses dados, sendo elas: a complexidade da dinâmica da violência, a relutância em informar o ocorrido e o cuidado (por parte dos profissionais) em registrar somente o que foi identificado (Lawrenz et al., 2018).

Sabe-se que as situações de violência são complexas e um grande desafio imposto aos profissionais e aos serviços de saúde, seja na sua identificação, monitoramento e notificação. Um estudo de 2020, que avaliou os dados secundários contidos no SINAN no período de 2011 até 2017, destacou como fundamental a utilização dessas informações em saúde para compreender a violência contra as mulheres, mas para isso tem-se a necessidade do preenchimento adequado da FN, visto que o não preenchimento ou preenchimento incompleto fragiliza as informações contidas e disponibilizadas pelo SINAN (Mascarenhas et al., 2020). Assim, os profissionais de saúde precisam receber formação para o preenchimento da FN, de forma que os mesmos sejam sensibilizados quanto à importância e reflexo dos dados contidos na notificação (Lawrenz et al., 2018). Vale considerar que o preenchimento da FN sem uma capacitação/formação/educação adequada sobre a temática e a utilização deste instrumento, também apresenta-se como uma dificuldade enfrentada.

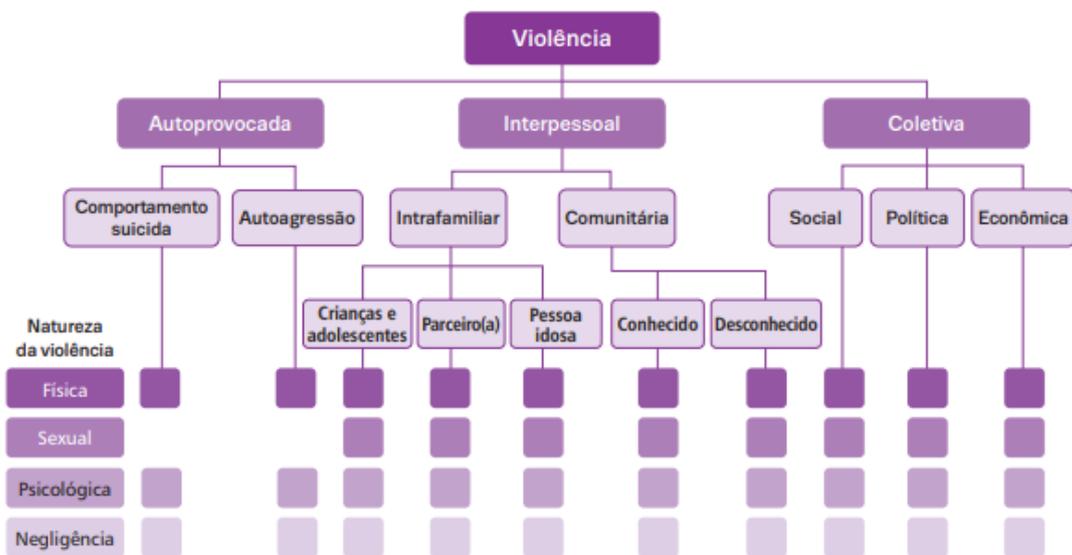
Diante do exposto, compreende-se a importância da capacitação adequada dos profissionais e a responsabilidade de todos os serviços/setores envolvidos e que impactam na saúde e no preenchimento da FN, conseqüentemente, na atualização do SINAN. A importância do trabalho em rede e registro padronizado tem por objetivo que as bases/fontes de dados possam representar a aproximação das informações em saúde com as vivenciadas no território.

#### 2.4 NOTIFICAÇÃO DE SAÚDE: O FLUXO DE DADOS COMO OPORTUNIDADE DE MONITORAMENTO E MUDANÇA

O indivíduo que sofre o ato violento muitas vezes encontra-se exposto a mais de uma forma de violência, ou seja, as violências na sua maioria das vezes se sobrepõem. Esta premissa

é apresentada e pode ser identificada na Figura 1, retirada do Guia de Vigilância em Saúde (2021), na página 1.105.

Figura 1 - Representação à tipologia e ocorrência de múltiplas violências



Fonte: Krug et al., 2002.

Fonte: Figura retirada do Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2021, p. 1.105).

Na Figura 1, pode-se observar a complexidade da violência devido a sua apresentação visto que elas não ocorrem de forma linear ou individualizada em muitos casos, mas sim com uma sobreposição de diferentes tipos de violência e diferentes agressores (Brasil, 2021). A exemplo disso, quando observa-se na referida figura a violência intrafamiliar por parceiro(a) identifica-se as violências de natureza física, sexual, psicológica e negligência, logo, visualiza-se que em uma relação entre parceiros, familiares ou agressor-vítima pode ocorrer diferentes episódios de violência, mesmo as que não estão descritas na figura (como financeira e tortura, dentre outras).

Ademais, vale destacar que a violência pode apresentar-se em múltiplas causas, alta complexidade e relacionadas aos determinantes sociais, vulnerabilidades, fatores econômicos e aspectos comportamentais e culturais de uma determinada população (Brasil, 2021) ou território.

Neste contexto, ao considerar as situações de violência, a vigilância tem papel fundamental na identificação, descrição e monitoramento de ocorrências notificáveis com o

objetivo de contribuir na intervenção, prevenção, controle e proteção da população (Arreaza; Moraes, 2010). Ao considerar esse contexto, primeiramente, compreende-se ser necessária uma aproximação com as definições e conceitos de cada violência para melhor identificá-la, bem como aos fatores de risco e vulnerabilidades na qual a população está exposta, para que assim dar-se-á início às ações de vigilância em saúde no território de forma efetiva.

Logo, torna-se primordial a elaboração e reconhecimento de um fluxo da ficha de notificação de violência contra mulher (ou caminho) desde o momento em que é preenchida nas unidades de saúde até o momento em que são planejadas as ações de vigilância, para melhor explicar a ideia em discussão, conforme pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxo de dados utilizados na reflexão



Fonte: Elaborado pela autora a partir das experiências e estudos da/na Vigilância em Saúde.

Tendo a Figura 2 como base das reflexões, destaca-se que no Campo 1 (“Usuário”) faz referência à mulher em situação de violência que busca um serviço de saúde independente do motivo.

Neste primeiro ponto de reflexão, destaca-se que muitas vezes a mulher que vivencia a violência não se reconhece em tal situação (Bervian et al., 2019; Ikekwuibe; Okoror, 2021;

Schraiber et al., 2023), logo, isso torna-se uma barreira para a verbalização do ato violento e, conseqüentemente, sua identificação. Assim, subentende-se que a busca pelos serviços de saúde pode ocorrer por outros motivos e circunstâncias, além da violência.

Nessa perspectiva, quando se consideram as VCM rurais e urbanas, salienta-se que as mesmas podem ocorrer nas mais diferentes formas e natureza (como observado da Figura 1) ou uma sobrepor-se a outra, e geralmente tem o parceiro íntimo ou alguém próximo como o principal agressor (Brasil, 2021; World Health Organization, 2021b).

Ademais, a violência pode ser invisibilizada por outra demanda dos serviços de saúde, além da mulher que a vivencia. A exemplo disso, menciona-se: a alta demanda de mulheres que buscam os serviços de saúde e a falta de profissionais, o excesso/sobrecarga de trabalho, as fragilidades da rede pública para suporte da mulher e profissionais de saúde, a necessidade de comunicação de diferentes serviços e setores em prol do atendimento das mulheres (Aguiar et al., 2020; Aguiar et al., 2023; Arboit et al., 2018) ou ainda a omissão dos profissionais (por diferentes fatores) frente a um caso suspeito ou confirmado de violência (Sacramento, 2020; Souza et al., 2018).

Ao que contribui para a reflexão do Campo 2 (“Profissional de saúde”), ao qual pode-se pensar sobre os caminhos de interação entre profissionais de saúde e as mulheres do território. Neste contexto, Arboit et al. (2018) em seu estudo, pontua o profissional de saúde (principalmente o ACS) com papel primordial para acesso às mulheres nas visitas domiciliares e a “investigação” da ocorrência de violência. Ademais, Souza et al. (2018) apontam o compromisso dos profissionais de saúde e o desafio dos mesmos na atuação dos casos de VCM.

Neste contexto, vale considerar que os profissionais podem buscar as mulheres por meio das visitas domiciliares, atividades em grupos e na comunidade. Também, atentar-se para violência durante o atendimento individualizado, acolhedor e respeitoso para proporcionar um ambiente seguro para elas verbalizarem suas necessidades.

A partir do exposto, em caso de suspeita ou confirmação da situação da violência, espera-se que o profissional de saúde realize a notificação do agravo de saúde. Assim, como abordado no Campo 3 (“Vigilância epidemiológica”), destaca-se que a notificação imediata (Brasil, 2021). Também, a vigilância epidemiológica é reconhecida como parte integrante do processo de vigilância em saúde, pois neste momento as FN são recolhidas e revisadas para que possam ser inseridas no SINAN.

Ademais, vale destacar que o objetivo da vigilância epidemiológica é identificar, incluir e acompanhar as pessoas que vivenciaram a violência no atendimento na RAS e no desenvolvimento de estratégias de proteção às mulheres (Brasil, 2021; Sacramento, 2020). Uma

das formas de acompanhamento das situações de violência é garantir que a notificação da violência ocorra conforme o preconizado (Brasil, 2011c; Brasil, 2016b), porém somente a notificação não garante a qualidade do monitoramento.

Nesse contexto, considera-se a importância de notificar os casos de violência para conhecer a magnitude e a gravidade no território, bem como, dar visibilidade para os casos ocultos ou não identificados (Brasil, 2017b; Ferreira et al., 2020). Assim, para a identificação dos casos de violência compreende-se a necessidade de o profissional de saúde desenvolver diferentes formas de acolher a mulher, proporcionando um espaço de diálogo e livre de julgamentos (Brasil, 2017b).

Assim, é imprescindível que a notificação seja feita e identificada como um elemento-chave pelos profissionais de saúde e serviços de gestão, isso para dar visibilidade aos casos de violência, montar estratégias de prevenção e contribuir na articulação da rede de atendimento e proteção das mulheres (Brasil, 2017b), bem como pensar estratégias de enfrentamento da violência. Logo, compreende-se que a atuação do profissional de saúde torna-se fundamental para “descobrir” e investigar uma situação de violência.

Corroborando com isso, a escuta ativa e acolhedora do profissional de saúde pode desencadear (por meio do atendimento e da notificação) todo o funcionamento da base de dados, análise e transformação das informações de saúde, bem como a programação de ações e recursos administrativos. Ademais, destaca-se que a violência consta na lista de agravos de notificação compulsória (Brasil, 2014).

Ao considerar a notificação realizada, o Campo 4 (“Análise epidemiológica”) permite a reflexão frente a análise dos dados e reconhecimento do território, ou seja, neste momento o dado é transformado em informação de saúde. Ou seja, é necessário questionar a funcionalidade dos dados coletados (Sacramento, 2020).

A análise de dados permite a avaliação da magnitude da violência em um território, orienta as intervenções que podem ser utilizadas pelos serviços que contribuem no atendimento da violência (como saúde, segurança e assistência social, dentre outros), caracteriza as mulheres e as situações de violência vivenciadas, auxilia na disseminação de informações de saúde e conhecimento/comportamento da violência no território e pode atuar como uma ferramenta de auxílio na formulação e desenvolvimento de políticas públicas no território sobre a temática (Brasil, 2021).

Porém, para que isso ocorra, a qualificação da FN apresenta-se como essencial para a completude dos dados transcritos e, após, inseridos no sistema, visto que a incompletude dos mesmos apresenta-se de forma comum e rotineira nos serviços de saúde, logo, ressalta-se aqui

a importância da interlocução entre os serviços quando há problemas de preenchimento dos documentos, considerando a organização do trabalho nas secretarias de saúde, quase sempre o profissional que inclui os dados no sistema, não é o mesmo que preenche a FN (Sacramento, 2020; Villela; Gomes, 2022). Ressalta-se que se não há notificação ou a mesma apresenta-se fragilizada, não há dados a serem transformados em informações de saúde.

Com o preenchimento adequado da FN, destaca-se que todas as informações viram dados e variáveis no SINAN de forma a possibilitar análises epidemiológicas futuras, linhas históricas de agravos de saúde de um território e, conseqüentemente, contribui na identificação das demandas da população e orientação do planejamento das ações pelos serviços de gestão.

Para tanto, estas informações podem ser devolvidas aos serviços de saúde por meio de Boletins epidemiológicos semanais (através das semanas epidemiológicas) ou informativos que podem ser expostos ao controle social, como os conselhos locais e municipais de saúde, site da prefeitura e mídias sociais (Brasil, 2021; Villela; Gomes, 2022). Porém, compreende-se que estas informações precisam estar contidas nos canais oficiais da saúde e administração municipal para que os mesmos tenham respaldo legal no repasse de informações.

A importância do reconhecimento e divulgação das informações em saúde consiste no conhecimento do território, principais demandas de saúde e fatores que impactam no processo de adoecimento da população individual e coletiva. Outrossim, auxilia no embasamento dos serviços de saúde de forma a buscar ferramentas que potencializam estratégias de promoção e prevenção de saúde.

As referidas reflexões contribuem para o desenvolvimento do Campo 5 (“Gestão em saúde”), o qual destaca-se pelos serviços de gestão e administração municipal realizando a programação de saúde, o planejamento anual em saúde e os relatórios de gestão, bem como, muitos destes instrumentos baseiam-se nos dados contidos nos sistemas de informação para calcular os indicadores e estipular as metas no período proposto (Ferreira et al., 2020; Sacramento, 2020).

O monitoramento do território visa conhecer e analisar os determinantes de saúde e doença que podem desencadear surtos e epidemias, entre elas a VCM (Brasil, 2021). Assim, ao realizar o relatório de gestão, tem-se também a organização da destinação de recursos financeiros para os serviços de saúde ou que impactam no mesmo, logo, se o agravo em saúde não é identificado na APS não será computado e impactará negativamente na resolutividade e no planejamento pautado em demandas (Brasil, 2017b). Neste contexto, vale considerar o treinamento e formação complementar dos profissionais de saúde para identificação, acolhimento e preenchimento da ficha de notificação de mulheres em situação de violência.

Com isso, espera-se que as informações estejam mais completas e aproximadas da real situação do território (Andrade et al., 2020).

Diante do exposto, compreende-se que a Vigilância em saúde, com destaque para a vigilância epidemiológica, e a responsabilidade na construção de ações de vigilância efetivas são de responsabilidade de todos os profissionais e que os mesmos precisam se reconhecer como “vigilantes em saúde” para que auxiliem no (re)conhecimento das demandas existentes. Logo, compreende-se que o desconhecimento ou omissão da ação de vigilantes contribui significativamente para a desconstrução do SUS e das redes de enfrentamento da VCM.

## 2.5 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: IDENTIFICAR, MONITORAR E INTERVIR PARA PROTEGER

Ao considerar o exposto nas subunidades anteriores, compreende-se que as notificações ocorrem dentro dos serviços de saúde ou quando as mulheres em situação de violência buscam esses serviços, mas destaca-se a importância de a mesma ocorrer no primeiro atendimento da vítima do ato violento.

Esta reflexão é importante, visto que 55% a 95% das mulheres que passaram por uma situação de violência não o verbalizam ou recorrem a qualquer tipo de serviço (La Salud, 2020) e assim, pode-se aferir que os dados encontrados no SINAN (ainda) não correspondem ao real quantitativo dos casos de VCM no território.

Essa premissa seria verdadeira – ‘se toda mulher em situação de violência que adentrar um serviço de saúde fosse notificada’, porém, como observado em um estudo de 2013, muitos casos de violência atendidos na APS não são notificados, isso ocorre devido ao desconhecimento da FN, desconhecimento do fluxo da NC e proximidade dos profissionais com as mulheres e seus agressores, dentre outros fatores (Kind et al., 2013). Neste sentido, compreende-se que as mulheres em situação de violência e o ato violento estão invisibilizadas pela subnotificação e não verbalização/busca por um atendimento de saúde.

Considerando essa complexidade, nas últimas décadas houve uma grande mobilização na produção de materiais orientadores e que abordassem o fenômeno da VCM, isso visando ao trabalho intersetorial entre serviços de saúde, assistência social e segurança/judiciário (Aguiar; D’Oliveira; Schraiber, 2020), e dentre as produções estão: a Lei nº 10.778/2003 a qual estabelece a notificação compulsória nos casos de suspeita ou confirmação de VCM atendidos nos serviços de saúde públicos ou privados (Brasil, 2003); a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher e tipifica a violência

doméstica como violação dos direitos humanos (Brasil, 2006); a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, de 2011, a qual tem por objetivo enfrentar a violência e formas de violência contra elas considerando uma perspectiva de gênero (Brasil, 2011a); a Lei nº 13.104/2015 a qual prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e como crime hediondo (Brasil 2015); o Decreto nº 10.112/2019, o qual dispõe sobre o Programa Mulher Segura e Protegida (Brasil, 2019c)<sup>6</sup>; o Decreto nº 11.431, o qual institui o Programa Mulher Viver sem Violência (Brasil, 2023d) e a Lei nº 13.931/2019 que destaca a obrigatoriedade de comunicação ao serviço policial da suspeita ou confirmação de casos de VCM em um prazo de 24 horas após o atendimento (Brasil, 2019d), dentre outros programas, políticas e legislações que abordam a temática direta ou indiretamente.

Mesmo com instrumentos orientadores quanto a atuação nos casos de VCM, compreende-se a necessidade do olhar do profissional frente ao fenômeno, visto que a identificação dos casos pode perpassar primeiramente pela subjetividade da suspeita. Também, vale destacar a importância da elaboração, conhecimento e utilização dos instrumentos de coleta de dados, análise e monitoramento, com o objetivo de (re)conhecer a real situação do território, para assim intervir.

O desafio para compreensão do fenômeno e monitoramento do mesmo no cenário brasileiro apresenta-se como um problema, devido às fragilidades dos dados encontrados. Isso ocorre, pois há um agrupamento de dados e preenchimento incompleto dos instrumentos de coleta. Na tentativa de compreender o contexto da violência no cenário, observa-se a necessidade da desagregação dos dados encontrados (no SINAN quando se investiga NCI), ou seja, os dados apresentam-se agrupados em intervalos de faixas etárias e tipos de violência (por exemplo). Com a desagregação, visualiza-se a possibilidade de melhor refletir as diferentes formas, natureza e magnitude da violência, como também possibilita a identificação da prevalência de mulheres em situação de violência e do ato violento no território (World Health Organization, 2021a).

Ao considerar o funcionamento do SINAN e a possibilidade de utilização dos dados ali dispostos, compreende-se que o mesmo é uma ferramenta importante para o planejamento em saúde, visto que permite quantificar e caracterizar os dados de violência (notificados) em um território e assim possibilita aos profissionais elencar prioridades de intervenção e avaliação do

---

<sup>6</sup> Nota da autora: Durante a escrita do projeto para defesa da dissertação este decreto estava em vigência em território nacional, hoje (07/03/2024) foi realizada a busca do mesmo e foi encontrado que o Decreto nº 10.112/2019 foi revogado pelo Decreto nº 11.431 de 2013 ao qual institui o Programa Mulher Viver sem violência (Brasil, 2023d). Ademais, o primeiro decreto foi mantido pois o mesmo contribuiu para as reflexões iniciais desta dissertação.

impacto das mesmas (Brasil, 2022a).

Identificar os casos suspeitos e confirmados de violência contra elas precisa estar atrelado a NCI, visto que os dados do SINAN visibilizam o ato violento contra elas e permite o monitoramento quantitativo dos casos. Entretanto, a fragilidade de respaldo quantitativo impacta negativamente no planejamento de ações de intervenções com alto potencial de proteção e articulação da RAS para prevenir, tratar, suportar e romper com o ciclo da violência.

No que concerne às VCM que vivem em contexto rural no cenário brasileiro, um estudo de 2019 na região Sul do país aborda os aspectos culturais, geracionais e questões de gênero relacionados à naturalização da violência contra as mulheres que vivem em contexto rural. Esta naturalização, está relacionada à reprodução da violência entre as gerações de uma mesma família e ao patriarcado, fatos esses que levam as mulheres a não reconhecerem o ato violento (Bervian et al., 2019). Outro estudo, além de destacar a normalização da violência neste cenário, sinaliza que as mulheres que vivem em contexto rural que vivenciam uma ou mais situações de violência, após o reconhecimento do ato violento, precisam de tempo para verbalizar suas vivências, pois a verbalização ocorre pela relação de confiança com os profissionais da APS, com destaque ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) (Costa et al., 2019). Assim, observa-se a importância do vínculo e olhar atento dos profissionais de saúde para identificação do ato violento e para auxiliar essas mulheres.

Um estudo de 2018, ao analisar as ações desenvolvidas por ACS em área rural, identificou que as mulheres do cenário eram submetidas à situação de violência física, verbal, emocional, sobrecarga de trabalho e dependência financeira, sendo que essas ocorreram em mais de uma ocasião (Arboit et al., 2018). Ao considerar a atuação dos ACS, visualiza-se a visita domiciliar como uma importante ferramenta de acesso às mulheres vítimas de violência e ao ambiente violento, logo, à identificação dos casos.

Neste contexto, um estudo de 2017 aborda as potencialidades e limites da visita domiciliar na identificação e contato com as mulheres em situação de violência. O referido estudo apresenta que a visita domiciliar possibilita identificar/presenciar situações de violência interpessoal que dificilmente seriam visualizadas na ESF, bem como, as condições e integridade do ambiente domiciliar; dessa forma, ao identificar vestígios do ato violento os profissionais de saúde podem orientar/auxiliar estas mulheres a romper com o ciclo da violência (Heisler et al., 2017). Assim, compreende-se que o ambiente domiciliar, como sendo o principal cenário da violência contra elas, pode ser 'visitado' por agentes protetores e que desencadeia medidas protetivas.

No que tange à VCM rural no cenário internacional, um estudo mexicano mostra que as

mulheres casadas quando tem suporte familiar, correm menos risco de sofrer violência, revelando esse como um fator protetor (Stoff et al., 2021). Soma-se a este um estudo realizado no sul da Nigéria, o qual constatou a participação em um grupo de interesse como medida protetora da vítima por parceiro íntimo (VPI) (Ikekwuibe; Okoror, 2021).

Já um estudo realizado no México revela elevada prevalência de violência física ou sexual entre mulheres de 15 anos ou mais, sendo que destas algumas apresentaram alto controle do parceiro. No mesmo estudo, a violência física ou sexual sofrida e o alto controle do parceiro estiveram associadas a depressão moderada e grave, seguida de suicídio (Aguerrebere et al., 2021). A submissão das mulheres ao parceiro ou ao ato violento pode acarretar diversas problemáticas de saúde em curto e longo prazo, mas romper com este ciclo é fundamental e para tal precisa-se identificar a situação de violência vivenciada e reconhecer/romper com os comportamentos culturais e tradicionais de submissão delas.

A crença de que uma boa esposa obedece ao parceiro mesmo que ela discorde e a crença de que é obrigação da esposa fazer sexo com o marido mesmo que ela não queira são fatores que contribuem para altas taxas de prevalência de VPI (Ikekwuibe; Okoror, 2021). Um estudo realizado na Guatemala, com mulheres grávidas, identificou como fator de risco à VPI a insegurança alimentar (Lee et al., 2021), o que pode estar relacionado à precária condição financeira.

Outro estudo com mulheres que vivem em contexto rural encarceradas que retornam às comunidades rurais, ressalta a VPI individual e interpessoal, o uso de substâncias e o sofrimento psicológico e suas relações com as desigualdades sociais, como: pobreza, falta de recursos de apoio e relutância em procurar ajuda devido a experiências de discriminação (St. Cyr et al., 2021). Algumas características das mulheres, comportamentos e suas vivências contribuem para a vulnerabilidade delas, também no contexto da violência.

Ainda, considerando os fatores que vulnerabilizam as mulheres que vivem em contexto rural à vivência de violência e a cultura moçambicana poligâmica, um estudo identifica que as mulheres mais velhas sofrem mais violência e constata que as mulheres casadas poligâmicas que vivem longe das co-esposas relatam taxas mais altas de violência, quando comparadas às mulheres que residem com as co-esposas e as mulheres em uniões monogâmicas (Jansen; Agadjanian, 2020).

Outro estudo avaliou os efeitos da residência rural-urbana e educação na VPI entre mulheres na África Subsaariana. Neste contexto, a violência praticada pelo parceiro íntimo contra as mulheres é generalizada, mas os níveis são muito mais elevados entre as mulheres com baixa escolaridade e que residem em áreas rurais (Nabaggala; Reddy; Manda, 2021).

Os estudos nacionais e internacionais mencionados mostram características que vulnerabilizam a mulher rural à VPI, tais como: idade, escolaridade, concepções sociais, desiguais de gênero, pobreza, crenças limitantes, ausência de participação social, insegurança alimentar, discriminação e raça, entre outras. Estas condições podem ser transformadas quando as mulheres têm acesso aos serviços de saúde da APS, em especial na ESF urbana, visto que prioritariamente a ESF rural é uma política ainda distante de algumas realidades, quando considerado o cenário nacional. As ações transformadoras são potencializadas quando as equipes de profissionais de saúde registram e acompanham os casos de violência no território.

O território rural é maior em extensão e os domicílios ficam situados distantes um dos outros e, até mesmo da unidade de saúde da família rural. Ainda assim, a ESF rural em muitos casos pode ser o único local de busca delas, visando ao auxílio das mulheres em situação de violência. Logo, o atendimento e acesso à saúde precisa ocorrer para além das agendas programáticas de saúde, visto que o profissional de saúde torna-se aquele que acolhe, registra e acompanha essas mulheres e os casos de violência, mesmo com inúmeros desafios, como: falta de apoio da gestão, recursos materiais insuficientes, equipe restrita, horários de atendimento restrito, falta de uma rede de apoio e encaminhamento para casos de violência, ausência de transporte para o deslocamento até a ESF rural e as visitas domiciliares, dentre outros fatores. Estes aspectos relacionam-se às vulnerabilidades programáticas, associadas às características individuais e sociais presentes na vida de algumas mulheres que experienciam a violência. Mesmo que algumas populações rurais tenham acesso à unidade de saúde da família rural, as condições de vida são desfavoráveis (barreiras geográficas, econômica, cultural e de informação) e se mostram como obstáculos para a procura pelo serviço. Este é o único local que eles buscam quando necessitam. As unidades de saúde rurais têm uma organização de trabalho diferente das urbanas, visto que os profissionais deslocam-se semanalmente para distintos lugares do território e isso impede o desenvolvimento das atividades de cunho sociais, que priorizam o empoderamento da comunidade para a promoção da saúde (Mapelli et al., 2020; Oliveira et al., 2020). Nesse sentido, a violência contra mulheres que vivem em contexto rural é uma questão que permanece à margem das ações em saúde e requer um olhar atento dos profissionais, sob a perspectiva do gênero e a interseção com etnia/raça, idade, escolaridade, trabalho, renda entre outros determinantes que podem interferir no agravo.

### **3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES**

Esta unidade foi construída com o objetivo de esclarecer os conceitos e nomenclaturas utilizadas no decorrer deste estudo.

#### **3.1 DEFINIÇÕES TERRITORIAIS**

Os espaços de um município são delimitados de acordo com suas características e a organização administrativa territorial. Neste trabalho será utilizado as três divisões que constam na FN para os casos de violência.

##### **3.1.1 Zona / área urbana**

São conhecidas como as áreas do território com características de cidade, ou seja, apresentam maiores concentrações populacionais, habitação, as principais estruturas administrativas e de serviços públicos, locais para lazer e comércio (Brasil, 2009a).

##### **3.1.2 Zona / área rural**

Áreas que apresentam maiores características de campo, como menor concentração populacional e localizadas mais afastadas das estruturas administrativas (Brasil, 2009a).

##### **3.1.3 Zona / área periurbana**

São conhecidas como áreas próximas do perímetro urbano, porém que apresentam características dos espaços rurais (Brasil, 2009a). Muitas vezes, esses espaços são incluídos na definição ou nominados como urbanos.

## 3.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS<sup>7</sup>

As violências estão subdivididas em diferentes tipologias, ademais para compreendê-las faz-se necessário conhecer suas principais características.

### 3.2.1 Violência autoprovocada/autoinfligida

Essa violência refere-se a ideação suicida, auto agressão, auto punição, auto mutilação tentativa de suicídio e suicídio (Brasil, 2019b; Brasil, 2019a), ou seja, qualquer ato agressivo que o indivíduo provoque contra si.

Destaca-se que não é realizada a notificação compulsória nos casos de ideação suicida (Brasil, 2016b) e suicídio consumado, visto que, nesse último caso, é realizado o preenchimento na declaração de óbito (DO).

### 3.2.2 Violência interpessoal

Essa subdivide-se em duas outras violências, sendo elas intrafamiliar/doméstica (ocorrendo entre os membros de uma mesma família, com grau de parentesco ou vínculos afetivos) e extrafamiliar/comunitária (ocorrendo entre indivíduos sem relação pessoal, mesmo que conhecidos) (Brasil, 2019a).

### 3.2.3 Violência Coletiva

A referida violência, subdivide-se em: social, política e econômica na qual envolve dominação de grupos específicos (guerras, culturais, étnicas, etárias, dentre outros) (Brasil, 2019a).

## 3.3 NATUREZA E FORMAS DA VIOLÊNCIA

---

<sup>7</sup> Nota da autora: As violências foram apresentadas conforme consta na FN da violência.

Ao considerar o que está exposto no guia de vigilância em saúde (Brasil, 2019a) e do VIVA (Brasil, 2016b) ambos descrevem as diferentes natureza e formas de violência, porém quando analisa-se as mesmas nomenclaturas na FN, as mesmas encontram-se como “Tipos de violência” e “Meio de agressão”, respectivamente.

Mesmo que as diferentes nomenclaturas possam causar estranhamento ao leitor e demais profissionais de saúde, vale destacar que esta unidade prioriza as definições e características de cada violência, como forma de auxílio no seu processo de sua identificação.

### **3.3.1 Violência física**

Esta violência refere-se aos atos intencionais causados através do uso da força física ou do abuso físico, que buscam ferir, lesar, causar dor ou sofrimento, mesmo que as marcas de tal agressão não sejam evidentes (Brasil, 2016b; Brasil, 2019a).

### **3.3.2 Violência psicológica/moral**

A violência psicológica faz referência ao comportamento de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, humilhação ou utilização de outra pessoa para atender às necessidades individuais ou coletivas (Brasil, 2016b; Brasil, 2019a) que possam causar danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento pessoal (Brasil, 2019a).

Já para a violência moral, pode-se considerar as ações de assédio, calúnia, difamação e injúria ocorridas nas relações de poder e hierarquia nos serviços ou chefias, através das manifestações abusivas, repetidas e sistemáticas com impacto negativo a integridade de uma pessoa psíquica ou fisicamente ou, ainda, comprometam o ambiente de trabalho (Brasil, 2016b).

### **3.3.3 Tortura**

Trata-se da ação de constranger outro indivíduo, seja pelo emprego da força, maus tratos ou ameaça causando sofrimento físico ou mental (Brasil, 1997b; Brasil, 2016b; Brasil, 2019a).

Este ato pode ser utilizado para obter informação, declaração ou confissão de forma a obter vantagens (Brasil, 2016b; Brasil, 2019a), podendo esta ser vinculada a ação ou omissão

de natureza criminosa, discriminação racial ou religiosa (Brasil, 1997b; Brasil, 2019a).

### **3.3.4 Violência sexual**

Nesta violência, são consideradas qualquer ação que se utiliza da força física, coerção, intimidação ou fatores psicológicos para obrigar outra pessoa a presenciar ou participar de interações sexuais com a finalidade de lucro, vingança ou qualquer outro motivo (Brasil, 2019a). O mesmo independe da idade, sexo, presenciar ou participar de uma ação sexual não consentida independente de quem seja o agressor (Brasil, 2016b).

Dentre os exemplos de violência sexual, estão situações de estupro, abuso, assédio sexual, sexo forçado ou práticas sexuais entre parceiros não consentidas; manuseio dos órgãos sexuais, exposição coercitiva ou constrangedora aos atos ou linguagem erótica, ações que impeçam outra pessoa a utilizar métodos contraceptivos, obriguem o matrimônio, fatores gestacionais (gravidez ou aborto) e a prostituição, ou sejam, ações ou omissão que impeça a autonomia do indivíduo perante seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2016b).

### **3.3.5 Tráfico de seres humanos ou tráfico de pessoas**

Este tipo de violência inclui o recrutamento, o transporte, a transferência e alojamento de pessoas através de ameaça, rapto, fraude, discurso/promessas enganosas, abuso de autoridade, coação ou vulnerabilidade a fim de exercer a prostituição, trabalho sem remuneração ou em condições insalubres (doméstico, escravo ou servidão), casamento servil ou comercialização de órgãos e tecidos (Brasil, 2019a; Brasil, 2016b).

Em outros termos, considera-se como qualquer movimentação de pessoas através de situações enganosas ou coerção para fim de exploração humana (Brasil, 2016b).

### **3.3.6 Violência financeira/econômica**

Também é conhecida como violência patrimonial, a qual ocorre frequentemente em relações familiares ou de parceiros, sendo mais frequente com idosos, mulheres e indivíduos que apresentam condições especiais de saúde (Brasil, 2019a). Ademais, este ato violento refere-

se ao dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens ou valores de outra pessoa à força sem o seu consentimento ou conhecimento (Brasil, 2016b)

### **3.3.7 Negligência/abandono**

Vale destacar que o abandono é a forma mais extrema de negligência. Para tanto, considera-se como negligência a omissão de promover as necessidades e cuidados básicos relacionados ao físico, emocional e social de um indivíduo (Brasil, 2016b).

Dentre os exemplos de negligência estão a privação de medicamentos, cuidados de saúde, higiene básica, alimentação, proteção aos fatores externos e ausência de estímulos (Brasil, 2019a; Brasil, 2016b), ou seja, condições básicas de manutenção da vida.

### **3.3.8 Trabalho infantil**

Trata-se de qualquer atividade desempenhada por crianças ou adolescentes de forma obrigatório, regular e rotineiro, seja ela remunerada ou não (com valor econômico direto ou indireto) (Brasil, 2016b).

Ademais, muitas vezes, a criança ou adolescente são expostos a condições de trabalho sem qualificação ou condições adequadas. Sejam elas oferecendo riscos ou comprometendo o desenvolvimento do bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando-os a condições de crescimento e desenvolvimento seguros, ou impossibilidade de frequentar a unidade escolar (Brasil, 2019a; Brasil, 2016b).

### **3.3.9 Violência por intervenção legal**

Ao considerar a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), destaca-se que o mesmo utiliza o termo “intervenção legal e operações de guerra” para referir-se às intervenções legais (Brasil, 2016b).

Neste contexto, o guia de vigilância em saúde refere-se ao uso de armas de fogo, dispositivos explosivos ou gás, objetos contundentes, empurrão, golpe e murro que resultem

em ferimento, agressão, constrangimento e/ou morte (Brasil, 2019a).

Ademais, o instrutivo VIVA - Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada descreve esta violência como a praticada por agente legal público (exercendo uma função representando o Estado, polícia ou outro agente da lei) no exercício da sua função (Brasil, 2016b). Entretanto, a legislação referente a crimes de abuso e autoridade (Lei Nº 13.869/2019) refere no seu Artigo 1º que o crime de abuso pode ser cometido por “agente público, servidor ou não, que, no exercício de suas funções ou a pretexto de exercê-las, abuse do poder que lhe tenha sido atribuído” (Brasil, 2019f). A mesma legislação, sinaliza que o abuso de poder pode ocorrer, também, em funções temporárias e voluntárias através de eleição, nomeação, designação, contratação ou outras formas de vínculo.

Assim, destaca-se que a intervenção legal apresenta diferentes interpretações, que podem ser complementares ou não, nos manuais consultados e instrumentos de notificação.

### **3.3.10 Violência contra a mulher (VCM)**

Considera-se a violência de qualquer natureza ocasionada a uma questão de gênero, possibilitando assim gerar sofrimento físico, sexual e psicológico, dentre outros, também, considera-se privações ou coerção que ela pode ter no âmbito público e privado (Lucena et al., 2016).

## **3.4 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**

É a comunicação obrigatória dos serviços públicos e privados às autoridades de saúde no caso de uma suspeita ou confirmação de alguma doença, agravo ou evento presente na LNC de doenças, agravos e eventos de saúde pública (Brasil, 2014; Brasil, 2022a). As doenças, agravos e eventos de notificação compulsória estão descritos na Portaria nº 420 de 2022 (Brasil, 2022b).

## **3.5 DADO E INFORMAÇÃO DE SAÚDE**

Ao exemplificar na vigilância em saúde, compreende-se por dados de saúde: a medida direta e objetiva (número) de uma situação ou fato de saúde, sem agregar-lhe explicação;

enquanto a informação de saúde é compreendida pelos dados processados aos quais foram conferidos significados aos números apresentados ou ainda, a uma realidade associada (Brasil, 2023c; Cunha; Vargens, [s.n.]).

## 4. MÉTODO DA PESQUISA

O desenho metodológico deste estudo é apresentado pelo tipo de estudo, seguido pela aplicação do método quantitativo, método qualitativo, estratégia de aproximação dos dados, ilustração do caminho metodológico e aspectos éticos.

Este estudo teve seu início em dezembro de 2022 e finalização em março de 2024.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho apresenta-se como um estudo misto sequencial e explanatório. Este tipo de estudo permite uma abordagem metodológica quantitativa e qualitativa com o objetivo de integração dos dados, visando uma maior aproximação com o objeto de estudo (Creswell; Clark, 2013; Creswell; Creswell, 2021).

Para tanto, a característica de sequencial explanatória é observada no momento em que primeiro foi realizado a pesquisa quantitativa e os resultados deste método possibilitaram a orientação do local para a coleta de dados do método qualitativo proposto, ou seja, os dados qualitativos resultaram do método quantitativo (Creswell; Creswell, 2021) assumindo assim a característica de incorporação dos dados.

Desta forma, a etapa quantitativa irá indicar o cenário de estudo qualitativo de forma a possibilitar acesso aos maiores notificadores de VCM no território estudado e, por fim, com o estudo qualitativo busca-se compreender os achados quantitativos. Logo, este estudo assume notação quan -> QUAL, onde a etapa qualitativa tem maior peso (e devido a isso é escrito em letras maiúsculas) pois auxilia na compreensão dos achados quantitativos (Creswell; Clark, 2013).

### 4.2 APLICAÇÃO DO MÉTODO QUANTITATIVO

O método quantitativo apresenta-se como um estudo transversal, com dados provenientes do SINAN, para fins de levantamento de notificações de VCM no período proposto dos últimos nove anos (Creswell; Creswell, 2021), de 2012 até 2020, e disponível de forma online.

O estudo transversal caracteriza-se por realizar a observação, análise e coleta de dados sem a interação direta com a população pesquisada de forma que se pode avaliar os dados

coletados a fim de estudar/pesquisar momentos ou características específicas, ao exemplo da prevalência<sup>8</sup> de um determinado acontecimento (Zangirolami-Raimundo, Echeimberg; Leone, 2018). Os dados coletados constituíram o bando de dados utilizados na pesquisa.

Esta etapa do estudo foi realizada entre os meses de dezembro de 2022 e maio de 2023.

#### 4.2.1 Cenário e período estudo

Esta etapa foi realizada com os dados secundários disponibilizados na plataforma SINAN, vinculado a Plataforma estadual do Rio Grande do Sul, e relativos aos 26 municípios pertencentes à Região de Saúde número 20 - Caminho das Águas. A referida região está sob responsabilidade da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Estado do RS (Rio Grande do Sul, 2023).

Na Imagem 1, pode ser observada a Região de Saúde número 20 e os municípios pertencentes à mesma, bem como sua distribuição no território.

Imagem 1- Mapa de abrangência da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: Imagem retirada do site da Secretaria de Saúde do Governo Estadual do RS (Rio Grande do Sul, 2023).

<sup>8</sup> Nota da autora: Ao exemplo deste estudo, compreende-se por prevalência a proporção de uma determinada população que encontra-se em violência ou apresente alguma característica específica da violência que pode ser estudada (Zangirolami-Raimundo; Echeimberg; Leone, 2018).

Os municípios representados no mapa, também são apresentados no Quadro 1 e caracterizados por: nome, quantitativo da população total, sexo (masculino ou feminino) e local de residência (área urbana ou área rural).

Quadro 1- Quantitativo da população dos municípios pertencentes à 15ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, RS, Brasil

Nº	Nome	População				Domicílios particulares permanentes <sup>1</sup>	
		Masculino <sup>1</sup>	Feminina <sup>1</sup>	Total <sup>1</sup>	Total <sup>2</sup>	Urbana	Rural
1	Barra Funda	1.177	1.191	2.367	2.498	475	242
2	Boa Vista das Missões	1.056	1.058	2.114	1.933	288	415
3	Braga	1.866	1.836	3.702	3.268	748	466
4	Cerro Grande	1.210	1.208	2.417	2.379	292	498
5	Chapada	4.593	4.484	9.377	9.540	2.082	1.246
6	Constantina	4.776	4.976	9.752	10.385	2.175	888
7	Coronel Bicaco	3.439	3.946	7.748	6.144	1.747	874
8	Dois Irmãos das Missões	1.079	1.077	2.157	1.933	376	338
9	Engenho Velho	742	785	1.527	1.296	219	215
10	Gramado dos Loureiros	1.151	1.118	2.269	2.014	189	532
11	Jaboticaba	2.081	2.017	4.098	3.779	521	822
12	Lajeado do Bugre	1.253	1.234	2.487	2.601	240	562
13	Miraguaí	2.413	2.442	4.855	4.427	744	882
14	Nova Boa Vista	981	979	1.960	2.042	216	451
15	Novo Barreiro	2.032	1.945	3.978	4.272	459	858
16	Novo Xingu	861	896	1.757	1.646	205	370
17	Palmeira das Missões	16.641	17.687	34.328	33.216	9.681	1.383
18	Redentora	5.210	5.012	10.222	9.738	996	1.762
19	Ronda Alta	5.010	5.112	10.221	9.777	2.157	886
20	Rondinha	2.718	2.800	5.518	4.991	769	899
21	Sagrada Família	1.338	1.257	2.595	2.480	270	580
22	São José das Missões	1376	1343	2.720	2.362	286	617
23	São Pedro das Missões	932	954	1.886	1.757	176	435
24	Sarandi	10.269	11.017	21.285	22.851	5.948	997
25	Três Palmeiras	2.210	2.171	4.381	4.716	736	687
26	Trindade do Sul	2.884	2.903	5.787	7.556	1.008	942

<sup>1</sup> Dados de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

<sup>2</sup> Dados de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, atualizados em 08 de janeiro de 2024 (IBGE, 2022).

Fonte: Elaborado pela autora.

A 15ª CRS abrange uma população de 159.601 habitantes, conforme censo de 2022 (IBGE, 2022).

#### 4.2.2 Estratégia de Amostragem

A amostra é composta por todas as notificações de violência contra as mulheres

contidas/recuperadas no SINAN no cenário da 15ª CRS - RS, disponível de forma online e livre acesso na plataforma estadual.

No âmbito nacional e mundial, diferentes estratégias são utilizadas para dar visibilidade a VCM. No Brasil, pode-se destacar a Lei nº 10.778 de 2003 com a notificação compulsória para os casos de VCM atendidas nos serviços de saúde (Brasil, 2003); a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 2006) que visa coibir a violência doméstica e familiar; as políticas de saúde com as estratégias de enfrentamento da violência; e a Portaria nº 1.271 de 2014 com a obrigatoriedade da notificação da violência, dentre outras estratégias<sup>9</sup>. Diferentes formas de controle e monitoramento da violência foram realizadas no cenário nacional, logo compreende-se que sempre houve o incentivo ao monitoramento da violência e em algum momento, a obrigatoriedade deste.

O recorte temporal do ano de 2012 a 2020, justifica-se pelo fato de que nos últimos anos houve uma mobilização dos serviços de saúde para o atendimento de situações de saúde provenientes/vinculadas ao período pandêmico (COVID-19) que, socialmente, utilizou-se da estratégia de quarentena ou isolamento social (Conselho Nacional de saúde, 2020). Logo, compreende-se que houve uma diminuição na procura pelos serviços de saúde para fins de atendimento em casos de VCM e, como consequência, subentende-se que haveria uma diminuição das notificações.

#### **4.2.3 Critérios de inclusão**

Notificações de violência do sexo feminino proveniente dos municípios pertencentes à 15ª CRS do Estado do Rio Grande do Sul e que notificaram casos de VCM no período de 2012 a 2020.

#### **4.2.4 Critérios de exclusão**

Notificações não apresentadas ou localizadas no SINAN da Plataforma estadual ou ainda notificações de violência de outros grupos populacionais, a exemplo da violência contra pessoas do sexo masculino.

---

<sup>9</sup> Nota da autora: Mais estratégias de atuação na violência podem ser observadas no Marco Conceitual deste trabalho (Pág. 42).

#### 4.2.5 Método de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) pelo aplicativo e tabulador de dados: TABNET<sup>10</sup>. O referido sistema/site<sup>11</sup> encontra-se vinculado ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) do estado do RS.

Todos os dados foram coletados/recuperados de forma individual (por município, ano de notificação e variável) para compor um banco de dados construída pela autora, para análises posteriores.

Desta forma, a coleta de dados foi realizada observando os seguintes passos:

- I. Para buscar o quantitativo das notificações por sexo de cada município e ano: foi selecionado no campo “Linha” o município de residência; no campo “Coluna” o sexo dos indivíduos, no campo “Conteúdo” foi selecionado a frequência, no “Período disponível” foram realizadas nove buscas (uma busca para cada ano estipulado para a coleta de dados) para composição do banco de dados; no campo “Seleções disponíveis”, no subcampo “Regional de Residência” foi selecionado o item “Palmeira das Missões”.
- II. Após organizar um arquivo no programa Excel com o quantitativo de notificações de violência do sexo feminino para cada ano, iniciou-se a busca pelo quantitativo por município e ano de acordo com as variáveis previamente escolhidas.
- III. Na primeira conferência e construção do banco de dados, definiu-se que a variável orientadora seria a “Faixa etária”<sup>12</sup>, e para a seleção das variáveis seguiu-se as seguintes etapas/seleções:
  - a. No campo “Linha” selecionou-se a faixa etária, com o objetivo de buscar todas as faixas de idade das notificações;
  - b. No campo “Coluna”, em cada busca foi selecionada uma das variáveis pré-definidas. As variáveis selecionadas são apresentadas no Quadro 2.
  - c. No campo “Conteúdo” selecionou-se a frequência; no campo “Período disponível” foi selecionado para cada busca um dos anos do período da coleta de dados;
  - d. No subcampo “Município de residência” foi selecionado cada busca um dos

---

<sup>10</sup> Nota do autor: A primeira opção de coleta dos dados quantitativos era o sistema TABWIN, também vinculado ao DATASUS, porém não foi possível acessar os dados de todos os anos do recorte temporal definido para este estudo. Desta forma optamos pela padronização da coleta de dados pelo TABNET.

<sup>11</sup> Link de acesso: <<http://200.198.173.165/scripts/defthtm.exe?snet/violencianet>>.

<sup>12</sup> Nota da autora: Corresponde às faixas de idade registradas nas notificações.

- municípios pertencentes ao cenário definido; e
- e. No subcampo “Sexo” foi selecionado feminino.
- IV. A segunda conferência dos dados deu-se pela variável “Escolaridade” e a terceira pela variável “Zona de Ocorrência”.

A realização de três checagens foi escolhida visando a segmentação dos dados e maior aproximação das notificações/variáveis com o quantitativo e características individuais e coletivas do cenário estudado.

Os dados coletados, como mencionado, foram organizados em uma primeira planilha no programa Excel, considerando as variáveis de cada município e ano, separadamente. As variáveis selecionadas são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2- Variáveis utilizadas no estudo e possibilidades

Variável (Nº do campo na FN)	Orientação de preenchimento	Características	Possibilidades
<b>Grupo de variável: Notificação individual</b>			
Idade (12)	OB <sup>1</sup>	Menor de 1 ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos e/ou mais	Marca-se uma das características
Raça (15)	ES	Ignorado; Branca; Preta; Amarela; Parda; Indígena	Marca-se uma das características
Escolaridade (16)	ES	Ignorado; Analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do EF; 4ª série completa do EF; 5ª à 8ª série incompleta do EF; EF; EM incompleto; EM completo; EdS incompleto; EdS completo; Não se aplica	Marca-se uma das características
Gestante (14)	OB	Ignorado; 1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre; Idade gestacional ignorada; Não; Não se aplica	Marca-se uma das características
<b>Grupo de variável: Dados da pessoa atendida</b>			
Situação conjugal (35)	ES	Ignorado; Solteiro; Casado/união consensual; Viúvo; Separado; Não se aplica	Marca-se uma das características
Relações sexuais <sup>2</sup> (36)	OB <sup>3</sup>	Ignorado; Só com homens; Só com mulheres; Com homens e mulheres; Não se aplica	Marca-se uma das características
Deficiência e transtorno (38)	ES	Ignorado; Sim; Não	Marca-se uma das características
<b>Grupo de variável: Dados da Ocorrência</b>			
Zona de ocorrência (50)	Não localizada a informação	Ignorado; Urbana; Rural; Periurbana	Marca-se uma das características
Ocorreu outras vezes (53)	ES	Ignorado; Sim; Não	Marca-se uma das características
Lesão autoprovocada (54)	ES	Ignorado; Sim; Não	Marca-se uma das características
<b>Grupo de variável: Violência</b>			
Tipo da violência	OB	Física; Psicológica/moral; Tortura;	Para cada

(56)		Sexual; Tráfico de seres humanos; Financeira/ Econômica; Negligência/ Abandono; Trabalho infantil; Intervenção legal; Outras violências*	característica marca-se: 'Ignorado', 'Sim' ou 'Não'.
Meio de agressão (57)	ES	Força corporal/ espancamento; Enforcamento; Objeto contundente; Objeto perfuro-cortante; Substância / Objeto quente; Envenenamento / Intoxicação; Arma de fogo; Ameaça; Outra*	Para cada característica marca-se: 'Ignorado', 'Sim' ou 'Não'.
<b>Grupo de variável: Dados do provável autor da violência</b>			
Vínculo/ grau de parentesco com a pessoa atendida (61)	OB	Pai; Mãe; Padrasto; Madrasta; Cônjuge; Ex-cônjuge; Namorado (a); Ex-namorado (a); Filho (a); Irmão(ã); Amigo/conhecidos; Desconhecido (a); Cuidador (a); Patrão/chefe; Pessoa com relação institucional; Polícia/ agente da lei; Própria pessoa; Outros*	Para cada característica marca-se: 'Ignorado', 'Sim' ou 'Não'.
Sexo do provável autor da violência (62)	OB	Ignorado; Masculino; Feminino; Ambos os sexos	Marca-se uma das características
Suspeita de uso de álcool (63)	Não localizada a informação	Ignorado; Sim; Não	Marca-se uma das características

Legenda: OB: Obrigatório; ES: Essencial; CH: Chave; EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; EdS: Educação Superior.

<sup>1</sup> Campo obrigatório caso a “data de nascimento” não seja preenchida.

<sup>2</sup> Campo alterado de “Relações sexuais” para “Orientação sexual” e nas possibilidades encontra-se ‘1-Heterossexual’, ‘2-Homossexual’; ‘3-Bissexual’; ‘8-Não se aplica’; ‘9-Ignorado’.

<sup>3</sup> Campo de preenchimento obrigatório para indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos.

\* Quando marcado esta alternativa faz-se necessário especificar qual é a ‘outra’ possibilidade identificada.

Fonte: Elaborada pela autora a partir das buscas no SINAN e análise de variáveis.

Inicialmente, para melhor compreensão dos dados e seleção das variáveis no recorte histórico de dez anos, foi realizado um teste piloto com a construção de um banco de dados com as notificações do ano de 2021. Ao avaliar este teste, se identificou as variáveis relevantes e não relevantes para compor o banco de dados da pesquisa com a busca e recorte temporal proposto; sendo identificada a necessidade de ampliar o número de variáveis. Assim, foram incluídas as variáveis: meio da agressão, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da violência e suspeita de uso de álcool.

#### 4.2.6 Método de análise de dados

A análise dos dados quantitativos ocorreu por meio de estatística descritiva e inferencial. Para isso, os dados foram inicialmente tabulados e codificados em planilha Excel e posteriormente transferidos para o *software* estatístico SPSS, versão 22.0. As variáveis foram descritas utilizando-se de frequências absolutas (n) e relativas (%). Para fins de análise, a

variável “Local de ocorrência - urbano rural, urbano ou periurbano” foi considerada a variável dependente (desfecho) e as demais variáveis - relativas a dados sociodemográficos e características da violência - foram consideradas independentes. A variável dependente foi associada às variáveis independentes por meio dos testes Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas e do Teste U de Mann-Whitney para as variáveis não categóricas. Neste estudo, foi adotado o nível de significância estatística de 5%.

### 4.3 APLICAÇÃO DO MÉTODO QUALITATIVO

O estudo qualitativo apresenta-se como exploratório, participativo e de intervenção. O estudo qualitativo consiste na compreensão e análise da realidade, explora a construção dos indivíduos e considera as vivências, sentidos, saberes e significados empregados (Minayo, 2013). Complementado a isso, a característica de exploratória está relacionada ao aprimoramento das ideias, de forma que os pesquisados se aproximem dos desafios encontrados para (re)construir o conhecimento (Gil, 2022).

Ao considerar as características: participativo e de intervenção, aproxima-se do método de pesquisa-ação tendo em vista que o problema de pesquisa partiu do investigador (Thiollent, 1986). Esse método valoriza a ação como forma de pesquisa, ou seja, foi utilizado uma metodologia ativa para proporcionar a reflexão dos pesquisados frente às práticas de saúde no contexto das notificações em saúde e VCM, de forma a abordar a temática à luz da legislação e literatura científica para proporcionar a construção do conhecimento. A pesquisa-ação pode adaptar-se no percurso do estudo para contemplar as práticas observadas e proporcionar novas reflexões e aprendizagens (Silva; Oliveira; Ataídes, 2021).

Também, quanto à intervenção, essa ocorreu na construção grupal dos saberes considerando vivências individuais e questões disparadoras de reflexão para a construção coletiva, assim democratizando as relações e contribuindo na autonomia dos sujeitos (Cardoso, Oliveira, Furlan, 2016).

#### 4.3.1 Cenário e período do estudo

O cenário da pesquisa na etapa qualitativa foi definido ao final da primeira etapa deste estudo, a partir dos dados dos municípios com o maior quantitativo de notificação de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano. Optou-se pela escolha

dos dois municípios com maiores quantitativos, devido a compreensão que ao analisar os mesmos seria possível acessar os maiores notificadores de violência da região.

Assim, ao finalizar a etapa quantitativa, os municípios de Palmeira das Missões (maior quantitativo de notificações com ocorrência em área urbana) e de Redentora (maior quantitativo em área rural) foram escolhidos para compor o cenário do estudo no método qualitativo.

Ambos os municípios encontram-se na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Palmeira das Missões ocupa um território de 1.421,101 Km<sup>2</sup> e tem uma população de 33.216 pessoas, das quais 18,98% tem alguma ocupação (trabalho ou rendimento), sendo que a média está em 2,3 salários mínimos (IBGE, 2022).

Essa população divide-se em 86,9% na área urbana e 13,1% no rural (Rio Grande do Sul, 2024b), a qual o município classifica-se como urbano. Esta classificação dar-se-á pelo município ter entre 25.000 e 50.000 habitantes e a área de ocupação urbana ser maior de 50% (IBEG, 2017).

A taxa de escolarização do município está em 98,3% para indivíduos de 6 a 14 anos e em 2009 apresentava 30 estabelecimentos de saúde com atendimento pelo SUS (IBGE, 2022). No município estão registradas nove unidades de saúde na área urbana e uma no rural (Brasil, 2024c; Brasil, 2024d).

O território de Redentora ocupa 303,705 Km<sup>2</sup>, apresenta uma população de 9.738 pessoas. Dessas 5,53% tem alguma ocupação (trabalho ou rendimento) e a média do salário mínimo é 2,1 (IBGE, 2022). A população está dividida em 29,37% no cenário urbano e 70,63% no rural, logo, o mesmo caracteriza-se como rural adjacente.

Nessa perspectiva, compreende-se o rural desta classificação encontra-se na definição de municípios com população entre 3.000 e 10.000 habitantes e com ocupação urbana inferior à 75% da população. Enquanto 'adjacente' faz referência quanto a aproximação geográfica de um dos centros regionais, quando a distância foi igual ou inferior à média nacional, os municípios são classificados como adjacentes (IBEG, 2017).

Para indivíduos de 6 a 14 anos, a taxa de escolarização está em 93,5% e em 2009 o município apresentava 15 estabelecimentos de saúde com atendimento pelo SUS (IBGE, 2022). Quanto as unidades de saúde, o município tem nove unidades de saúde, sendo que destas oito estão localizadas no território rural (Brasil, 2024c). Ainda, o último censo identificou que a população de Redentora tem a maior população indígena do Estado do RS, sendo que o quantitativo representa 43,05% da população total do município (Correio do Povo, 2023; IBGE, 2022).

Imagem 2 - Mapa de abrangência da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde com destaque para Palmeiras das Missões e Redentora, RS, Brasil



Fonte: Imagem retirada do site da Secretaria de Saúde do Governo Estadual do RS - Adaptado (Rio Grande do Sul, 2023).

Ao entrar em contato e realizar uma reunião online com uma representante de ambas as Secretarias de Município da Saúde, deu-se a aprovação dos cenários deste estudo para a etapa qualitativa e iniciou-se a organização para os encontros. A reunião foi realizada na metade de junho de 2023 e o primeiro encontro ocorreu ao final do mesmo mês.

O período de realização deste método foi nos meses de junho a agosto de 2023.

#### 4.3.2 Estratégia de Amostragem

Ao compor esta amostra, destacou-se que este estudo prioriza a participação dos profissionais de saúde que realizam (podem realizar) notificações de saúde com respaldo legal, mas considera-se a participação também de profissionais de saúde em formação.

Desta forma, ao entrar em contato com os municípios escolhidos para esta etapa da pesquisa e apresentar o projeto e as possibilidades de composição da amostra, ambos optaram pelo convite às unidades de saúde da atenção primária. O convite foi realizado para que cada unidade tivesse a participação de pelo menos um profissional de saúde e um profissional da vigilância epidemiológica do município. No caso de Palmeira das Missões, o convite se

estendeu para a unidade hospitalar municipal.

Após o primeiro contato com cada SMS, foi organizado um convite padrão (APÊNDICE A) dos encontros e um grupo de WhatsApp para informativos. Neste grupo as SMS adicionavam os profissionais que indicavam para participar da pesquisa.

Os grupos (um para cada município) foram criados em 22 de junho de 2023. Nesses, foram adicionados oito profissionais de Redentora e nove profissionais de Palmeira das Missões, conforme indicados pela SMS de cada município. Em cada grupo, foram repassados avisos dos próximos encontros e informações gerais. Vale destacar que os profissionais foram convidados a participar de cada encontro e, se não houvesse mais interesse em participar, poderiam sair do grupo quando entendessem que fosse pertinente.

#### **4.3.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídos profissionais de saúde de unidades notificadoras no âmbito municipal que atuavam no cenário de estudo indicados pela SMS.

#### **4.3.4 Critérios de exclusão**

Os profissionais em afastamento ou licença, independente do motivo e os profissionais não indicados pela SMS no período da geração dos dados.

#### **4.3.5 Método de coleta de dados**

Para este estudo, com o objetivo de maior aproximação das reflexões dos participantes ao objeto de estudo, optou-se pela utilização da técnica de Grupo Focal (GF), a qual possibilita a reflexão e construção do conhecimento conjunto, pois o grupo dialoga, reflete e avalia sobre as temáticas estabelecidas (Souza et al., 2019).

Não foi estipulado o número de FG, visto que se buscava a saturação das temáticas propostas. A referida saturação ocorre quando não se incorpora um novo elemento nas discussões na pesquisa, ocorrendo assim uma repetição de elementos de análise (Fontanella et al., 2011; Nascimento et al., 2018).

Assim, os conteúdos foram abordados em três momentos, em cada cidade. Cada encontro, realizado quinzenalmente, contou com a participação mínima de dois participantes e máxima de nove profissionais e duração máxima de 120 minutos. Vale destacar que o número máximo, inicialmente pensado, para cada encontro era de 15 participantes.

Nos encontros, primeiramente foram entregues para assinatura o TCLE e TC, para depois iniciar o GF com a entrega de um instrumento para caracterização dos participantes (APÊNDICE B), após realizado os GF, aos quais foram considerados objetivos propostos, temáticas orientadoras, questionamentos como disparadores do diálogo e conteúdos abordados (APÊNDICE C) e, após cada GF, foram realizadas anotações para compor o diário de campo (APÊNDICE D). O diário de campo não foi utilizado nas reflexões e desenvolvimento deste trabalho.

Nos GF, estiveram presentes no mínimo um membro da equipe de pesquisa, sendo que esta é composta pela autora deste estudo, professora orientadora, uma mestranda do PPGSR e uma enfermeira da SMS. Para a participação deste estudo como coletadores de dados, foi oferecido aos alunos de graduação a possibilidade de participação e um treinamento para as atividades, sendo que esse seria pré-requisito obrigatório para participação da equipe de pesquisa. Nenhum aluno de graduação demonstrou interesse efetivo de participação.

Durante o GF, a atividade foi conduzida pela autora da pesquisa e, quando possível, um dos demais membros da equipe. Este segundo participante ficou responsável pela observação do cenário pesquisado. Também, houve a gravação dos encontros em áudio através de um dispositivo móvel com o objetivo de explorar ao máximo as reflexões e construções grupais.

Antes da realização da pesquisa, foi explicado aos participantes sobre a organização dos GFs e pactuações da realização dos mesmos, a gravação em dispositivos de áudio e a codificação dos participantes se deram pela descrição da categoria profissional (Enf, técnico de enfermagem, ACS), cor da pele e sexo (masculino ou feminino), além da letra 'P' e o número sequencial à escolha dos pesquisados (P1, P2, P3).

Inicialmente, nesta pesquisa, considerou-se riscos mínimos de participação, tais como cansaço ou constrangimento no decorrer dos encontros, com a possibilidade de interrupção da mesma pelos participantes sem nenhum prejuízo ao mesmo. Nenhum risco foi mencionado ou identificado pelos participantes.

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2023.

#### **4.3.6 Método de análise de dados**

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo conforme a proposta de Bardin, na qual o tratamento dos dados é constituído nas etapas: (1) Pré-análise: tratamento descritivo, leitura dos achados, constituição do *corpus* e organização do material; (2) Exploração do material: leitura dos achados, separação das unidades conforme agrupamento das falas por temáticas buscando a significância do conteúdo empregado; e (3) leitura dos achados, análise e agrupamento de significados para classificar os achados em unidades codificadoras de reflexão (Bardin, 2016).

Ao iniciar a Pré-análise dos achados, foi realizada a transcrição em programa Word Office 16 das gravações dos seis GFs (sendo três em cada município). Através da leitura fluente e releitura do material empírico transcrito relativo às entrevistas coletivas foi realizada a conferência e organização do material, constituindo assim o *corpus* que totalizaram 74 páginas.

Após foi realizada uma nova leitura dos achados e o recorte de falas em Unidades de Registros (UR), as quais foram codificadas e agrupadas em temas/subcategorias e sustentaram as categorias de análise ou unidades codificadoras. Devido à quantidade de temáticas e sub temáticas encontradas na análise qualitativa, optou-se pela descrição completa das UR, bem como o quantitativo das mesmas e sua utilização neste relatório. Assim, no Quadro 3 é apresentado a primeira categoria de análise intitulada como “Identificação da violência”, ao qual foram agrupadas UR referentes a identificação e reconhecimento da violência e sua natureza.

Quadro 3 - Apresentação da Categoria de Análise 1: Identificação da violência

<b>Categoria de análise: Identificação da violência</b>			
<b>Eixos Temáticos</b>	<b>Eixos agrupados</b>	<b>Nº de UR</b>	<b>Nº de UR<sup>1</sup></b>
Tipificação da violência	Tipificação da violência	14	3
	Violência sexual	1	
	Violência social	1	
	Desafios na identificação da violência	7	
Violência e os diferentes agressores	Violência de gênero	22	3
	Violência geracional	4	
	Violência do profissional contra o usuário	3	

	Violência e os diferentes tipos de agressores	1	
Identificando a violência contra a mulher	Identificação da violência	23	3
	Dificuldade de identificar a violência	9	
	Dificuldade de romper com o ciclo da violência	8	
	Não reconhecimento da mulher para o ato violento	3	
	Fatores motivadores da violência	3	
O profissional e a violência contra mulher	Violência do usuário contra o profissional	12	3
	Atuação profissional e a violência	1	
Características do ato violento	Violência contra a mulher urbana e rural	6	5
	Violência contra a mulher rural	4	
	Vulnerabilidade a violência	4	
A mulher buscando ajuda	Dificuldade em acolher a violência	3	3
	A mulher busca um serviço de saúde no caso de violência	6	

<sup>1</sup> UR selecionadas e utilizadas para apresentação dos resultados e discussão na etapa qualitativa.

Fonte: Construído pela autora a partir da análise qualitativa.

Já no Quadro 4, é apresentada a segunda categoria de análise intitulada “notificações da violência”. Nesta categoria foram agrupadas as UR referentes ao conhecimento da FN, ato notificar e desafios do mesmo.

Quadro 4 - Apresentação da Categoria de Análise 2: Notificação da violência

<b>Categoria de análise: Notificação da violência</b>			
<b>Eixos Temáticos</b>	<b>Eixos agrupados</b>	<b>Nº de UR</b>	<b>Nº de UR<sup>1</sup></b>
Ficha de notificação	Conhecimento da ficha de notificação	2	3
	Dúvidas sobre a ficha de notificação	4	
	Preenchimento da ficha de notificação	41	
	Dúvidas no preenchimento da ficha de notificação	13	
O ato de notificar	Notificação dos casos de violência contra as mulheres	6	4
	Notificação como um ato secundário	23	
	Identificação da violência e notificação	4	
	Motivos para não notificar	16	
Atuação	Desconhecimento sobre o ato de notificar	8	4

profissional	Resistência para o ato de notificar	1	
	Arquivos de notificação	1	
	Responsabilidade na realização da notificação	4	
Rede pública e a notificação	Corresponsabilização para notificar	5	3
	(Des)Conhecimento dos profissionais e unidades notificadoras	16	
	O profissional que notifica	6	
	Reconhecimento da obrigatoriedade da notificação	4	
Resultados da notificação	Notificação como gerador de dados	5	3
	A importância da notificação como geradora de resolutividade	8	
	Notificação e o processo de trabalho	6	
	Desconhecimento do fluxo de notificação	7	
	Necessidades de ações que sustentam a prática da notificação	2	
	A importância da notificação para o profissional	1	
	Organização do serviço para a notificação	12	

<sup>1</sup> UR selecionadas e utilizadas para apresentação dos resultados e discussão na etapa qualitativa.

Fonte: Construído pela autora a partir da análise qualitativa.

Já no Quadro 5, apresenta-se a terceira categoria de análise intitulada “inserção dos dados no sistema”, na qual são apresentadas as UR correspondentes aos sistemas de informação, principalmente o SINAN, utilizados no processo de notificação.

Quadro 5 - Apresentação da Categoria de Análise 3: Inserção dos dados no sistema

<b>Categoria de análise: Inserção dos dados no sistema</b>			
<b>Eixos Temáticos</b>	<b>Eixos agrupados</b>	<b>Nº de UR</b>	<b>Nº de UR<sup>1</sup></b>
Sistema de informação	Desafios do sistema de informação	4	3
	Acesso ao SINAN	1	
Desafios da utilização do SINAN	Mudanças necessárias identificadas	3	3
	Desafios no preenchimento dos campos da ficha de notificação	3	
(Re) conhecimento dos dados	Acesso aos dados epidemiológicos	4	3
	Desconhecimento dos dados	1	
	Diferentes formas de divulgação	9	
	Dados epidemiológicos e o processo de mudança	3	

Processo de mudança	Conhecimento dos dados pelos profissionais de saúde	1	2
	Micro e macrogestão	3	

<sup>1</sup> UR selecionadas e utilizadas para apresentação dos resultados e discussão na etapa qualitativa.  
Fonte: Construído pela autora a partir da análise qualitativa.

No Quadro 6, é apresentado o quantitativo das UR da CA com o eixo temático relacionado à comunicação entre profissionais de saúde, profissionais de atendimento às mulheres em situação de violência e setores de atendimento, essa podendo ser considerada uma das estratégias das ações de vigilância em saúde.

Quadro 6 - Apresentação da Categoria de Análise 4: Comunicabilidade

<b>Categoria de análise: Comunicabilidade</b>			
<b>Eixos Temáticos</b>	<b>Eixos agrupados</b>	<b>Nº de UR</b>	<b>Nº de UR<sup>1</sup></b>
Desafios da comunicação	Comunicação entre serviços de saúde	2	3
	Comunicação dos serviços com os usuários	2	
	Comunicação entre serviços de municípios diferentes	1	
	Falta de comunicação entre os serviços	5	
	Realidade vivencial	2	
Comunicação e a notificação de saúde	Notificação e a comunicação de saúde	4	3
	Significação dos saberes	3	
	Perspectiva do futuro	4	
Organização de enfrentamento da violência	Monitoramento da violência	2	3
	Desafio da oferta de atendimento	6	
	Comunidade e família atuante	3	
	Feminicídio que gerou ação de saúde	1	
	Desafios do atendimento na saúde e segurança	8	
	Desafios no atendimento e suporte do profissional	8	

<sup>1</sup> UR selecionadas e utilizadas para apresentação dos resultados e discussão na etapa qualitativa.  
Fonte: Construído pela autora a partir da análise qualitativa.

Já no Quadro 7, é apresentado o quantitativo das UR utilizadas em cada eixo e como deu-se o agrupamento para compor a análise final. Nesta categoria estão agrupadas as UR referentes ao processo de mudança e a significação das ações de vigilância em saúde.

Quadro 7 - Apresentação da Categoria de Análise 5: Processo de mudança

<b>Categoria de análise: Processo de mudança</b>			
<b>Eixos Temáticos</b>	<b>Eixos agrupados</b>	<b>Nº de UR</b>	<b>Nº de UR<sup>1</sup></b>
Formação profissional	Conhecimento das ações da vigilância na graduação ou cursos técnicos	5	3
	Formação em vigilância em saúde para os trabalhadores	1	
	Profissionais e a contribuição na formação	2	
Oferta de capacitação aos profissionais	Importância da capacitação para atuar na violência	2	3
	Acesso a capacitação e formação para atuação em situação de violência	4	
	Quais profissionais precisam ser capacitados	1	
	Articulação dos serviços para formação complementar	3	
	Desafios dos profissionais de saúde para participar das capacitações	6	
Subnotificação pela falta de capacitação	A capacitação como forma de reverter a subnotificação	6	1
	Impacto nos diferentes setores da saúde	1	
Mudança na atuação profissional	Importância da capacitação aos profissionais de saúde	2	2
	Atuação ativa da gestão na formação e atuação da VCM	1	
	O profissional como multiplicador do conhecimento	2	

<sup>1</sup> UR selecionadas e utilizadas para apresentação dos resultados e discussão na etapa qualitativa.

Fonte: Construído pela autora a partir da análise qualitativa.

Como pode-se observar, os quadros apresentam as cinco categorias de análise deste trabalho, nas quais totalizaram 142 UR utilizadas na etapa qualitativa para a discussão dos achados.

#### 4.4 ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO OU INTEGRAÇÃO DOS DADOS

A interpretação dos dados foi realizada pela aproximação dos achados dos dois métodos propostos neste estudo (método quantitativo e qualitativo). Após a aproximação, foi realizada a análise buscando a convergência ou divergência entre as duas fontes de informações (Creswell; Creswell, 2021).

Na aproximação, buscou-se formas de complementaridade das respostas visando compreender o comportamento dos achados ou não, as mesmas foram apresentadas através de

um *Joint-display* em forma de quadro e separados pelo tópico principal de integração dos achados, resultados da análise quantitativas, resultados da etapa qualitativa com apresentação de extratos ou UR, e apresentação da metainferência, própria do método misto.

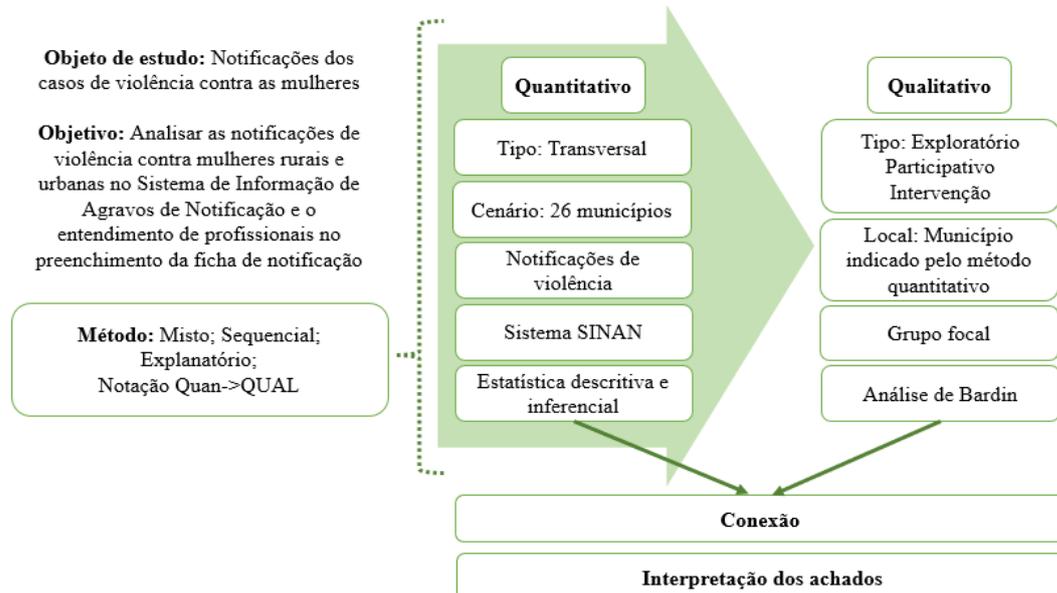
Também, é apresentando um segundo *Joint-display* através de uma imagem (flor tipo margarida) representando o agrupamento dos principais achados da metainferência (representado no primeiro *Joint-display*) e aproximação dos achados deste estudo.

A aproximação dos dados e discussão foi realizada no mês de março de 2024.

#### 4.5 ILUSTRAÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO

Para melhor compreensão deste estudo, optou-se pela demonstração do caminho metodológico na forma de figura.

Figura 3- Caminho metodológico proposto e realizado



Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido na íntegra para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Como trata-se de um estudo misto e seguindo as características mencionadas na proposta, em cada etapa foi considerado os preceitos éticos para o desenvolvimento do estudo.

A parte de coleta de dados, **quantitativa**, foi realizada no período de submissão e análise do projeto pelo CEP. Isso ocorreu visto que os dados necessários para esta etapa de análise estão disponíveis de forma online, gratuita e livre acesso conforme previsto na Lei nº 12.527/2011, a qual também sinaliza a possibilidade de gerar relatórios eletrônicos desses dados para análise das informações (Brasil, 2011b). Considerando o Decreto nº 8.777/2016, destaca-se a publicação de dados que estão contidos em bases de dados de órgãos e a sua livre utilização, quando disponíveis de forma online e livre acesso, também a utilização dos mesmos para fomentar a pesquisa científica de base empírica (Brasil, 2016a). Desta forma, compreendeu-se que a análise quantitativa poderia ser realizada antes da aprovação do projeto pelo CEP, porém foi encaminhado um pedido de autorização de pesquisa à 15ª CRS (APÊNDICE E).

Quanto à parte **qualitativa**, a mesma foi realizada após a aprovação do CEP/UFSM sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 66044122.6.0000.5346 e parecer número 5.849.103 (ANEXO C). Após, foi realizado o contato com as responsáveis pelas Secretarias de Saúde de ambos os municípios (com maior número de notificações resgatadas e selecionados para a etapa qualitativa) e apresentado os resultados quantitativos via dispositivo online *Google meet*<sup>13</sup>. Neste encontro foi apresentada a proposta da pesquisa qualitativa.

Na sequência, o projeto foi encaminhado via e-mail para avaliação das SMS, locais visando a aplicabilidade e desenvolvimento do estudo. Destaca-se que a pesquisa ocorreu após o aceite das instituições municipais e assinatura do documento elaborado para este fim (APÊNDICE F).

Este estudo respeitou a legislação orientadora de pesquisa com seres humanos e aos participantes foi oferecido esclarecimentos e a possibilidade de desistência, em qualquer período do estudo. Deste modo, visando a autorização dos participantes, foi solicitada a assinatura de cada participante (em duas vias) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G) e do Termo de Confiabilidade (TC) (APÊNDICE H) com vistas a preservar a confidencialidade dos dados obtidos junto aos participantes, preservar o sigilo e a privacidade dos mesmos e assegurar que as informações obtidas junto aos participantes serão utilizadas exclusivamente para fins científicos.

O TCLE e todo material produzido ficará sob posse do pesquisador e da orientadora deste estudo, no período de cinco anos.

---

<sup>13</sup> Nota da autora: *Google meet* é um dispositivo da ferramenta Google de livre acesso e muito utilizado na realização de reuniões ou encontros online. Para facilitar a comunicação, neste trabalho, o mesmo foi utilizado com esta finalidade.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos resultados desta pesquisa, optou-se pela apresentação, primeiramente, da etapa quantitativa juntamente com a discussão e reflexão com o referencial teórico encontrado; seguido nos achados na etapa qualitativa com as devidas discussões. Ao final realizar-se-á aproximação dos dados.

### 5.1. RESULTADOS E DISCUSSÕES QUANTITATIVOS

A PNVS tem, dentre as suas definições, a compreensão que VS é um processo contínuo de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados e informações de saúde, para que desta forma possa auxiliar no planejamento e implementação de melhorias nos serviços de saúde e atuação do SUS (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Na análise quantitativa, foram consideradas as possibilidades (ou características) de marcação contidas na FN, das variáveis de ano, município, raça, faixa etária/idade, escolaridade, gestante, situação conjugal, relações sexuais, deficiência ou transtorno, zona de ocorrência, se a violência ocorreu outras vezes, lesão autoprovocada, tipo de violência, meio de agressão, grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do agressor e se há suspeita de uso de álcool pelo agressor.

Primeiramente, foram obtidos dados que possibilitaram avaliar o quantitativo de notificações realizadas e disponibilizadas publicamente no SINAN nos nove anos de estudo (2012 até 2020).

Nas primeiras análises dos quantitativos, observou-se um significativo número de variáveis marcadas como 'ignorado/em branco'. Esse quantitativo representou: 0,5% (n=6) nas variáveis de 'faixa etária'; 2,0% (n=23) para variável 'raça'; 27,8% (n=300) para 'escolaridade'; 6,8% (n=76) para o caso da mulher estar 'gestante'; 15,5% (n=162) para 'situação conjugal'; 95,3% (n=1072) para 'relações sexuais'; 13,3% (n=150) para 'deficiência ou transtorno'; 8,4% (n=95) para 'zona de ocorrência'; 18,8% (n=212) para se a violência 'ocorreu outras vezes'; 10,6% (n=119) para lesão autoprovocada. Para os casos dos tipos e violência, os maiores quantitativos foram encontrados em 10,8% (n=121) para 'outras violências'; 9,2% (n=103) para 'tortura'; 8,5% (n=96) para os casos de 'violência sexual', 'tráfico de seres humanos', 'financeira', 'negligência e abandono' e 'negligência e abandono'; 8,3% (n=93) para 'trabalho infantil', 8,2% (n=92) para 'psicológica' e 7,1% (n=80) para violência 'física'.

Também foram encontradas variáveis ‘ignoradas/em branco’ na natureza da violência com maiores quantitativos em 13% (n=146) para ‘outras agressões’ e 10,7% (n=120) para ‘ameaça’; quanto ao vínculo com agressor todas as notificações apresentaram marcação ‘ignorada/em branco’ entre 10% e 13% das notificações; no sexo do agressor o quantitativo ficou em 11,5% (n=129) e 29,4% (331) na suspeita do uso de álcool.

Ao analisar a variável marcadas como ‘ignorada’ nos estudos de Andrade et al. (2020) observa-se maiores quantitativos em ‘orientação sexual’ com 16,7% (n=128); ‘escolaridade’ com 12,7% (n=97) e situação conjugal com 4,2% (n=32). Já nos estudos de Neto e Girianelli, (2020) tem-se as marcações em: 72,9% (n=28036) para ‘local da ocorrência’; 61% (n=23450) na variável ‘escolaridade’; 59,1% (n=22715) nos casos de frequência da violência ou repetição; 44,2% (n=17011) na variável ‘raça/cor’; 34,6% (n=13314) para ‘sexo do agressor’ e 20,1% (n=7713) para ‘relação com a vítima’.

Nos estudos de Lawrenz et al. (2018), são apresentados valores como 26,8% (n=5428) para o ‘uso de bebida alcoólica pelo agressor’; 20,3% (n=3974) para ‘escolaridade’; 6,2% (n=1200) para ‘situação conjugal’; 2,8% (n=582) para ‘raça’ e 0,6 (n=111) para ‘zona de ocorrência’.

A dificuldade de obtenção de dados que representem a real situação da violência no cenário estudado e a fragilidade dos dados registrados, podendo-se considerar também o registro de informações como ‘ignorado/em branco,’ é mencionada nos estudos de Massaro et al. (2019) e Soares et al. (2023).

A incompletude dos dados é abordada no estudo de Sousa et al. (2020), o qual buscou avaliar a incompletude no preenchimento da FN no Brasil considerando o período de 2011 a 2014. Neste estudo, dentre os achados, apresenta-se com melhor preenchimento os campos de preenchimento obrigatórios, porém apresenta preenchimento classificado como “regular” variáveis como: raça, situação conjugal, se é lesão autoprovocada, local de ocorrência, alguns tipos de violência e meios de agressão. Já as variáveis classificadas como “ruim” para o preenchimento estão: gestante, escolaridade, se a vítima é possuidora de deficiência ou transtorno, relação com a pessoa atendida e encaminhamento (Sousa et al., 2020). Esta característica também pode ser observada nos achados desta pesquisa.

Ainda, a incompletude dos dados ou marcação como “ignorado/em branco” apresenta-se como uma fragilidade significativa na análise epidemiológica e comportamental da violência no território, impactando diretamente nas ações de promoção, prevenção, recuperação de saúde e enfrentamento da violência. Fato este também abordado no estudo de Leite et al. (2023), quanto à ausência de dados e informações oficiais e o desencadear da análise dos dados. Logo,

optou-se ao analisar as variáveis independentes desta pesquisa com a variável dependente “Zona de ocorrência” em desconsiderar os quantitativos marcados como “ignorado/em branco”. Essa medida foi adotada visando incluir o máximo de informações possíveis disponibilizadas nas FN.

Nos dados sociodemográficos, foi observado um maior número de notificações nos municípios de Palmeira das Missões (n=266/23,6%) e Redentora (n=149/13,2%). Informação essa que orientou a etapa qualitativa da pesquisa.

Os maiores quantitativos estão nas mulheres com idade entre 20 e 29 anos (n=274/24,4%), 30 e 39 anos (n=233/20,7%) e de 15 a 19 anos (n=171/15,2%); brancas (n=818/72,7%), pardas (n=129/11,5%) e indígenas (n=123/10,9); com Ensino Fundamental incompleto (n=369/34,2%), Ensino Médio completo (n=121/11,2%) e Ensino Médio incompleto (n=112/10,4%); casadas ou em união estável (n=432/41,3%) e solteiras (n=350/33,5%); e se a violência ocorreu em zona urbana (n=660/58,7%), rural (n=363/32,3%) ou periurbana (n=7/0,6%).

A variável ‘ano’ mostrou-se heterogênea, observando-se um crescimento do número de notificações entre os anos de 2012 e 2019 e um decréscimo das notificações no ano de 2020. Esse aumento do quantitativo de notificações também foi observado entre 2013 e 2016 nos estudos de Andrade et al. (2020)<sup>14</sup> e Barufaldi et al. (2017) no período entre 2011 e 2015.

A diminuição no quantitativo do ano de 2020 também foi encontrado no estudo de Levandowski et al. (2021) que ao analisar as taxas de notificação de violência infanto juvenil no RS entre 2015 e 2020, também identificou uma diminuição das notificações em 70% em março e abril de 2020 (destaca-se que este foi o período de maior distanciamento social). Subentende-se, assim e com o vivenciado no período no cenário nacional, que a pandemia por coronavírus limitou alguns acessos aos serviços de saúde para a população em livre demanda, fato este considerado na justificativa deste estudo para ampliar o período de análise.

Compreende-se, assim, que houve uma subnotificação no período ocasionado pelo comportamento coletivo. Entretanto, faz-se necessário considerar que o isolamento social é um fator de risco para VPI (Stoff et al., 2020), também não exclui o crescente número de notificações estarem atrelados à visibilidade da violência através da legislação, programas, políticas e dispositivos de mídia (Andrade et al., 2020). Logo, compreende-se que não houve diminuição da violência no território estudado, mas possivelmente houve baixa identificação

---

<sup>14</sup> Nota da autora: O estudo de Andrade et al. (2020) aborda os valores totais de notificações, porém em uma leitura do artigo observa-se que 73,8% dos casos de violência estudados são do sexo feminino e 26,2% do sexo masculino, logo, optou-se por manter o artigo na discussão qualitativa visto que a grande maioria de notificações são de VCM.

da VCM e de notificação.

Ao avaliar a distribuição das notificações pelo ‘município de ocorrência’ observa-se uma distribuição não homogênea das notificações, porém nesta primeira análise foram indicados quantitativamente os dois municípios para realização da etapa qualitativa.

Ao analisar os quantitativos das faixas etárias de notificação de VCM, são encontrados os maiores valores entre 20 e 29 anos (24,4%/n=274), 30 e 39 anos (20,7%/n=233), 15 e 19 anos (15,2%/n=171) e 40 e 49 anos (12,9%/n=154). Estes achados corroboram com os estudos de Leite et al. (2023), que buscaram identificar a frequência de recorrência da VCM nos diferentes ciclos de vida e fatores associados através da análise das notificações de violência do sexo feminino no Espírito Santo entre 2011 e 2018 e a similaridade está no maior quantitativo de mulheres notificadas, 70,7% (n=8872) que apresentavam idade entre 20 e 59 anos. Esta mesma faixa etária foi destacada nos estudos de Lawrenz et al. (2018), Barufaldi et al. (2017) e Neto e Girianelli (2020). Mesmo que os estudos apresentem limitantes de análise de faixa etária diferentes, observa-se uma proximidade das faixas etárias encontradas nos diferentes locais apresentados.

Pode ser observado que o maior número de notificações foram registradas como ‘raça branca’ (72,7%), seguida por ‘pardas’ (11,5%) e ‘indígenas’ (10,9%), enquanto o estudo de Barros e Schraiber (2017) apresentam seus dados como ‘negro’ (35,8%) e ‘não negro’ (64,1%); Lawrenz et al. (2018) ao estudarem as notificações do RS entre 2010 e o primeiro semestre de 2014 identificou que 80,1% (n=16719) eram mulheres ‘branca’, seguido de 10,6% (n=2209) para ‘parda’, 5,8% (n=1201) para ‘preta<sup>15</sup>’ e 0,4% (n=93) para indígenas.

Barufaldi et al. (2017) observaram que o maior quantitativo de notificações estavam para mulheres negras (preta/parda) (54,7%/n=1421), seguido por mulheres brancas (42,4%/n=1101) e amarela e indígenas (0,5%/n=15); Leite et al. (2023) registraram que 68,1% (n=7742) eram de ‘raça preta/parda’ e 31,9% (n=3621) foram registradas como ‘branca’. Ainda, Neto e Girianelli (2020) constataram que 26,9% (n=10356) das mulheres eram ‘brancas’, 22,8% (n=8770) ‘pardas’ e 5,4% (n=2075) ‘pretas’, porém 44,2% (n=17011) das notificações apresentou esta informação como ‘ignorado’. Observa-se diferenças nos dados relacionados à raça/etnia/cor nos diversos estudos apresentados nesta discussão, e pode estar associada à região em que vivem as populações de mulheres considerando a diversidade étnica brasileira. A população deste estudo é predominantemente de origem alemã e italiana.

---

<sup>15</sup> Nota da autora: na característica de notificação relacionado a ‘raça’ priorizou-se a descrição contida nos estudos e na FN, logo pode ser observado que ora é descrito como ‘negras’ ora como ‘pretas’ ora como ‘não negras’. Essa decisão foi tomada devido a consideração aos autores utilizados nesta reflexão.

Na variável ‘escolaridade’ constata-se que os maiores números de notificações são de mulheres com Ensino Fundamental incompleto (34,2%/n= 369), seguido por Ensino Médio completo (11,2%/n=121) e Ensino médio incompleto (10,4%/n=112).

Nos estudos de Lawrenz et al. (2018), onde são apresentados 33,5% (n=6543) de mulheres com o Ensino Fundamental incompleto; 16% (n=3129) para Ensino Fundamental completo; 15,9% (n=3115) com Ensino Médio completo, e 7,5% (n=1467) para Ensino Médio incompleto. Dados esses similares ao desta pesquisa.

Também, os achados aproximam-se dos estudos de Neto e Girianelli (2020) que apresentam maiores quantitativos de notificações de mulheres com 8 a 11 anos de estudo (14,6%/n= 5603), seguido por 4 a 7 anos (11,5%/n= 4436). Vale considerar que o Ensino Fundamental faz referência a nove anos de estudo (do primeiro ao nono ano), enquanto o Ensino Médio tem duração de três anos e é cursado após o Ensino Fundamental (Brasil, 2024b), logo os maiores quantitativos de notificação estão entre 4 e 11 anos de estudo nos estudos de Neto e Girianelli (2020). Ademais, esses autores, trazem o quantitativo de 61% (n=3106) das notificações registradas como ‘ignorado’ nesta variável, o que impacta diretamente nos demais resultados da faixa etária.

Os dados ainda mostram que 41,3% (n=432) das notificações identificaram as mulheres como casadas ou em união estável e 33,5% (n=350) como solteiras. Estes achados apresentam-se diferentes dos estudos de Cargnin et al. (2021) que, ao investigarem a violência sexual em mulheres na Amazônia Ocidental, apresentam, das notificações recuperadas entre 2011 e 2016, o maior quantitativo de mulheres (68,5%/n=1061) solteiras, enquanto 30,6% (n=473) eram casadas.

Já nos quantitativos relacionados à zona de ocorrência, observa-se que mais notificações foram realizadas relacionado à ocorrência na zona urbana (58,7%/n=660). Estes dados corroboram os achados de Leite et al (2023), visto que 91,8% (n=11238) da zona de residência das mulheres foi a urbana/periurbana e 85% (n=10211) das violências ocorreram na residência. Lawrenz et al. (2018) também aponta um maior quantitativo das violências com ocorrência na zona urbana (88%/n=16950) quando comparado a rural (9,6%/n=1852).

A partir da análise dos autores, pode-se compreender que os mesmos não consideram o espaço urbano e periurbano como locais separados, mas sim como um pertencente ao outro. Para este estudo foi considerado espaços separados conforme consta na FN (ANEXO A).

Neste estudo, ainda, optou-se pela associação entre a zona de ocorrência e as variáveis pré-selecionadas. Esta associação com os dados sociodemográficos é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Zona de ocorrência de violência contra a mulher e sua associação com variáveis sociodemográficas na área de abrangência da 15ª CRS

Variável	Zona de ocorrência						Valor de p
	Urbana		Rural		Periurbana		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Ano (n=1.030)<sup>1</sup></b>							0,00
2012	21	3,2	9	2,5	0	0,0	
2013	11	1,7	10	2,8	2	28,6	
2014	24	3,6	25	6,9	1	14,3	
2015	39	5,9	29	8,0	0	0,0	
2016	55	8,3	16	4,4	0	0,0	
2017	80	12,1	44	12,1	1	14,3	
2018	128	19,4	87	24,0	0	0,0	
2019	177	26,8	87	24,0	1	14,3	
2020	125	19,0	56	15,4	2	28,6	
<b>Município (n=1030)<sup>1</sup></b>							0,00
Barra Funda	15	2,3	6	1,7	1	14,3	
Boa Vista das Missões	6	0,9	2	0,6	1	14,3	
Braga	32	4,8	17	4,7	0	0,0	
Cerro Grande	7	1,1	16	4,4	0	0,0	
Chapada	25	3,8	13	3,6	0	0,0	
Constantina	37	5,6	7	1,9	1	14,3	
Coronel Bicaco	15	2,3	6	1,7	0	0,0	
Dois Irmãos das Missões	3	0,5	1	0,3	0	0,0	
Engenho Velho	5	0,8	7	1,9	0	0,0	
Gramado dos Loureiros	1	0,2	15	4,1	0	0,0	
Jaboticaba	8	1,2	24	6,6	1	14,3	
Lajeado do Bugre	1	0,2	4	1,1	0	0,0	
Miraguaí	27	4,1	18	5,0	0	0,0	
Nova Boa Vista	8	1,2	15	4,1	0	0,0	
Novo Barreiro	16	2,4	11	3,0	0	0,0	
Novo Xingu	1	0,2	0	0,0	0	0,0	
Palmeira das Missões	217	32,9	24	6,6	2	28,6	
Redentora	36	5,5	107	29,5	0	0,0	
Ronda Alta	26	3,9	11	3,0	0	0,0	
Rondinha	14	2,1	5	1,4	0	0,0	
Sagrada Família	1	0,2	14	3,9	0	0,0	
São José das Missões	18	2,7	21	5,8	0	0,0	
São Pedro das Missões	3	0,5	7	1,9	0	0,0	
Sarandi	119	18,0	3	0,8	0	0,0	
Três Palmeiras	3	0,5	4	1,1	1	14,3	
Trindade do Sul	16	2,4	5	1,4	0	0,0	
<b>Faixa etária (n=1.024)<sup>1</sup></b>							0,51
< de 1 ano	4	0,6	6	1,7	0	0,0	
1 a 4 anos	10	1,5	7	1,9	0	0,0	

5 a 9 anos	19	2,9	8	2,2	1	14,3	
10 a 14 anos	42	6,4	29	8,0	1	14,3	
15 a 19 anos	95	14,5	58	16,0	1	14,3	
20 a 29 anos	167	25,5	88	24,3	2	28,6	
30 a 39 anos	147	22,4	59	16,3	1	14,3	
40 a 49 anos	90	13,7	45	12,4	0	0,0	
50 a 59 anos	36	5,5	33	9,1	1	14,3	
60 a 69 anos	28	4,3	19	5,2	0	0,0	
70 a 79 anos	11	1,7	5	1,4	0	0,0	
80 e mais	6	0,9	5	1,4	0	0,0	
<b>Raça (n=1.010)<sup>1</sup></b>							0,00
Branca	528	80,0	216	59,5	5	71,4	
Preta	20	3,0	4	1,1	1	14,3	
Amarela	3	0,5	0	0,0	0	0,0	
Parda	79	12,0	35	9,6	1	14,3	
Indígena	13	2,0	105	28,9	0	0,0	
<b>Escolaridade (n=721)<sup>1</sup></b>							0,01
Analfabeto	12	2,7	9	3,4	0	0,0	
Ensino fundamental incompleto	186	41,4	160	60,2	3	50,0	
Ensino fundamental completo	62	13,8	23	8,6	1	16,7	
Ensino médio incompleto	65	14,5	32	12,0	1	16,7	
Ensino médio completo	82	18,3	29	10,9	1	16,7	
Ensino superior incompleto	20	4,5	8	3,0	0	0,0	
Ensino superior completo	22	4,9	5	1,9	0	0,0	
<b>Situação Conjugal (n=850)<sup>1</sup></b>							0,01
Solteiro	220	41,0	111	36,0	2	40,0	
Casado/União estável	242	45,1	174	56,5	2	40,0	
Viúvo	22	4,1	10	3,2	0	0,0	
Separado/Divorciado	53	9,9	13	4,2	1	20,0	

<sup>1</sup> Nota da autora: A diferença quantitativa observada no ‘n’ nas variáveis ocorreu devido a exclusão dos quantitativos da variável “ignorado” na análise.

Fonte: Construído a partir da análise dos dados quantitativos.

Ao avaliar a variável ‘ano’ e sua associação com a ‘zona de ocorrência’ os dados representam, de uma forma geral, um aumento no número de notificações entre os anos de 2012 e 2019. Porém, observa-se uma diminuição das notificações nos anos de 2013 e 2020 na zona urbana e 2016 e 2020 na zona rural.

Primeiramente, vale destacar que no ano de 2006 tem-se a Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha) a qual refere-se a criação de mecanismos que possam coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres (Brasil, 2006) e em 2011 tem-se Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (Brasil, 2011a). Destaca-se esses dois anos para demonstrar as estratégias de visibilização da VCM (mas não se descartam as outras que ocorreram direta ou indiretamente sobre a temática), pois compreende-se que as notificações de violência podem

estar atreladas à visibilidade e representatividade da mesma (Andrade et al., 2020).

Quanto aos anos de 2013 e 2016, não foram encontradas justificativas para a diminuição das notificações, porém o aumento das notificações em 2014 pode estar atrelado a Portaria nº 1.271 de 2014 que aborda a obrigatoriedade das notificações pelos profissionais de saúde (Brasil, 2014), bem como, a publicação do Instrutivo Viva relacionado a notificação de violências, publicado em 2016 (Brasil, 2016b), pode ter contribuído para o aumento das notificações em 2017.

Quando à diminuição das notificações em 2020, pode-se ocorrer devido ao comportamento adotado no período pandêmico, como identificado (dentre muitas recomendações e estratégias adotadas) na Recomendação nº 36 de 2020, na qual o Conselho Nacional de Saúde recomenda a implementação de medidas de distanciamento social devido ao COVID-19, destacando que muitos municípios adotaram a recomendação diminuindo assim os casos “não COVID” dos serviços de saúde (Conselho Nacional de saúde, 2020). A diminuição de notificações neste período também foi observada nos estudos de Levandowski et al. (2021).

Na associação com a variável ‘município’, observa-se uma diferença estatística nos dados apresentados, bem como, uma distribuição não homogênea das notificações. Entre as maiores notificações de violência em zona urbana estão os municípios de Palmeira das Missões (n=217/32,9%) e Sarandi (n=119/18%), enquanto as notificações com ocorrência em zona rural estão em Redentora (n=107/29,5%) e Palmeira das Missões (n=24/6,6%) e na periurbana encontra-se o município de Palmeira das Missões (n=2/28,6%) com o maior quantitativo. Com estes resultados pode-se observar a variação de notificações recuperadas no território estudado, podendo-se aferir que a identificação com notificação da violência ocorre mais em alguns municípios do que em outros.

Quando comparados estes resultados com o número de residência particulares permanentes tem-se Palmeira das Missões com 9681 e Sarandi com 5948, representando os maiores quantitativos da região em área urbana; bem como, as maiores populações femininas. Quando analisadas as residências no território rural tem-se, também, Redentora com o quantitativo de 1762 e Palmeira das Missões com 1383, sendo os dois os maiores quantitativos<sup>16</sup> (IBGE, 2010; IBGE, 2020). Logo, pode-se compreender que existe uma relação do local/zona de ocorrência da violência com as residências das mulheres.

A variável ‘raça’ apresentou maiores notificações para mulheres ‘brancas’ (n=528/80%) na zona urbana, seguida por mulheres ‘pardas’ (n=79/12%). Enquanto as mulheres na zona rural

---

<sup>16</sup> Estes dados podem ser observados no Quadro 2, localizado na página 55 deste estudo.

apresentam-se como ‘brancas’ (n=216/59,5%), seguidas por ‘indígenas’ (n=105/29,9%); e no periurbano com ‘branca’ (n=5/71,4%) e ‘preta’ e ‘parda’ (ambos com n=1/14,3%).

Ao avaliar as populações residentes, vale destacar que a localidade foi colonizada principalmente por descendentes de alemães e italianos, porém dentre os municípios estudados encontram-se o município com maior quantitativo de população indígena do Estado (Correio do Povo, 2023; IBGE, 2022). Assim, compreende-se que os valores de notificações recuperadas têm relação com este quantitativo.

Ao observar a variável “raça” contida na FN vale ampliar a reflexão frente aos conceitos de raça, etnia e cor de pele ao qual as mulheres são identificadas. Primeiramente destaca-se que esses podem ser considerados marcadores sociais de desigualdades importantes na identificação e caracterização das mulheres notificadas neste estudo, bem como as influências sociais e culturais perpassadas pelos notificadores.

Na busca por compreender os conceitos de raça e etnia, primeiramente é necessário considerar que as discussões e definições de ambos passam por uma vasta construção com influências políticas, culturais, de poder e dominação na história (Silveira e Nardi, 2014).

A definição de ‘raça’ muitas vezes foi utilizada para dividir ou impor a supremacia de um determinado povo ou população, ademais compreender que a categoria ‘raça’ relaciona-se a conceitos sociológicos perante uma vida social aplicada ao modo de vida e viver (Silveira e Nardi, 2014) é primordial nas discussões de VCM e vulnerabilidades sociais.

Diferentemente da definição de ‘etnia’, ao qual relaciona-se há identidade de um povo e seu lugar de origem (Silveira e Nardi, 2014). Ao diferenciar essas duas definições, compreende-se por que, muitas vezes, ambas são confundidas ou apresentadas como similares, como é observado nos instrumentos de registro de saúde, como a FN.

Mesmo considerando a necessidade de ampliar as discussões deste instrumento, nesse estudo, e considerando o objeto de pesquisa, optou-se por manter a identificação contida na referida ficha. Ademais, não exclui a necessidade de retomar as discussões referentes a multiculturalidade no cenário nacional e formação profissional na temática.

Na variável escolaridade, as mulheres com Ensino fundamental incompleto foram as mais notificadas, tanto na zona de ocorrência urbana (n=186/41,4%) quanto na rural (n=160/60,2%). Enquanto as mulheres com notificação no urbano representaram maiores quantitativos em Ensino Médio completo (n=82/18,3%) e Ensino Médio incompleto (n=65/14,5%); no rural foram representadas por ensino médio incompleto (n=32/12%) e Ensino Médio completo (n=29/10,9%); e no periurbano, o maior quantitativo encontra-se em mulheres com o Ensino Fundamental incompleto (n=3/50%).

Não foram localizadas informações sobre a escolaridade da população feminina e local de residência, porém Stoff et al. (2020), ao estudarem a VPI e a conexão social entre mulheres e casas na zona rural, apontaram que o nível de escolaridade mais elevado frequentado pelas mulheres foi o Ensino Médio (54,7%). Ademais, Massaro et al. (2019), ao avaliarem os estupros do Brasil e o consumo de álcool, identificaram que maiores níveis de escolaridade diminuem as chances desta violência (sexual) ocorrer, logo, pode-se considerar que a escolaridade tem um efeito protetor nas mulheres. Ainda, Ikekwibe e Okoror (2021) abordam em seus estudos que a baixa escolaridade dos parceiros, somada a dificuldades profissionais e ao uso de substância de abuso que podem estar relacionados a VPI.

Nos estudos de Nabaggala, Reddy e Manda (2021), foi identificado que a prevalência de VPI foi maior nas mulheres que residiam no cenário rural e com menor escolaridade. Neste contexto, os dados permitem aferir que a baixa escolaridade, mesmo que em diferentes cenários, apresenta-se como um fator de risco de violência para as mulheres, isso pois ao considerar as notificações do período estudado observa-se que níveis mais altos de escolaridade, como o ensino superior, demonstraram menores frequências de notificação. Vale destacar nesta premissa, que as baixas taxas de identificação da violência podem estar diretamente relacionadas aos fatores de conhecimento e orientação para busca de ajuda e questões culturais.

Barros e Schraiber (2017) afirmam, em seus achados, que o reconhecimento da violência pode estar vinculado às formas mais graves de agressão, logo, subentende-se a necessidade de orientação das mulheres para identificar as violências e as formas de buscar ajuda. Algo similar é proposto por Andrade et al. (2020), onde a busca pelo serviço de saúde ocorre pelas consequências da violência e não ela em si.

Foi evidenciada diferença estatística na associação entre situação conjugal e zona de ocorrência da violência, cabendo destacar a maior prevalência de notificações relacionadas com mulheres casadas no meio rural ( $n=174/56,5\%$ ), quando comparado ao urbano ( $n=242/45,1\%$ ). Na zona rural, observa-se menor percentual de notificação entre as solteiras ( $n=111/36\%$ ), quando comparado ao urbano ( $n=202/41\%$ ); já na zona periurbana observam-se quantitativos iguais para ‘solteira’ e ‘casada/união estável’ ( $n=2/40\%$ ).

Nos estudos de Lennon et al. (2021), os fatores associados à VPI remetem a fatores culturais, normalização da violência, ciúmes, dependência econômica, desconhecimento dos direitos, uso de álcool e vivência com a violência. Compreende-se, assim, que a violência está mais relacionada com fatores comportamentais que locais, porém é imperioso compreender o comportamento populacional para identificar a violência.

Neste aspecto, os estudos com mulheres que vivem em contexto rural de Stoff et al.

(2021) identificaram com o relato das mulheres casadas a existência de taxas significativas de VPI. Também com este público Ikekwuibe e Okoror (2021) encontraram as diferentes formas de VPI as quais as mulheres eram submetidas.

Neste íterim, compreende-se que raça, escolaridade e situação conjugal podem tornar as mulheres mais vulneráveis à violência. Contudo, a possibilidade de subnotificação, resultante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde das mulheres e o percentual de notificações sem informações poderia influenciar a análise em tela.

Os dados são apresentados quanto às características da violência notificada, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Zona de ocorrência de violência contra a mulher e sua associação com características desta violência na área de abrangência da 15ª CRS.

Variável	Zona de Ocorrência						Valor de p
	Urbana		Rural		Periurbana		
Tipo de violência	N	%	N	%	N	%	
Lesão autoprovocada (n=969) <sup>1</sup>							0,03
Não	412	66,8	259	75,1	5	71,4	
Sim	205	33,2	86	24,9	2	28,6	
Física (n=1.006) <sup>1</sup>							0,61
Não	195	30,2	96	27,2	5	71,4	
Sim	451	69,8	257	72,8	2	28,6	
Psico/moral (n=995) <sup>1</sup>							0,76
Não	414	65,0	221	63,0	5	71,4	
Sim	223	35,0	130	37,0	2	28,6	
Tortura (n=985) <sup>1</sup>							0,27
Não	614	97,0	328	95,1	7	100,0	
Sim	19	3,0	17	4,9	0	0,0	
Sexual (n=990) <sup>1</sup>							0,00
Não	589	93,0	307	87,7	5	71,4	
Sim	44	7,0	43	12,3	2	28,6	
Financeira/econômica (n=992) <sup>1</sup>							0,88
Não	618	97,2	340	97,4	7	100,0	
Sim	18	2,8	9	2,6	0	0,0	
Negligência/abandono (n=980) <sup>1</sup>							0,72
Não	610	95,8	336	96,6	7	100,0	
Sim	27	4,2	12	3,4	0	0,0	
Intervenção legal (n=991) <sup>1</sup>							0,97
Não	634	99,4	344	99,4	7	100,0	
Sim	4	0,6	2	0,6	0	0,0	
Outra violência (n=970) <sup>1</sup>							0,16
Não	504	80,1	286	85,1	5	83,3	

Sim	125	19,9	50	14,9	1	16,7	
<b>Forma de violência</b>							
Força corporal/ espancamento (n=983) <sup>1</sup>							0,86
Não	307	48,6	164	47,7	4	57,1	
Sim	325	51,4	180	52,3	3	42,9	
Enforcamento (n=979) <sup>1</sup>							0,78
Não	587	93,5	321	93,3	7	100,0	
Sim	41	6,5	23	6,7	0	0,0	
Objeto contundente (n=975) <sup>1</sup>							0,61
Não	588	93,8	322	94,4	6	85,7	
Sim	39	6,2	19	5,6	1	14,3	
Objeto perfurocortante (n=927) <sup>1</sup>							0,35
Não	545	86,4	289	84,0	5	71,4	
Sim	86	13,6	55	16,0	2	28,6	
Substância/objeto quente (n=982) <sup>1</sup>							0,82
Não	628	99,7	343	99,4	7	100,0	
Sim	2	0,3	2	0,6	0	0,0	
Envenenamento (n=983) <sup>1</sup>							0,04
Não	524	83,0	305	88,4	7	100,0	
Sim	107	17,0	40	11,6	0	0,0	
Arma de fogo (n=977) <sup>1</sup>							0,73
Não	614	98,2	341	98,8	7	100,0	
Sim	11	1,8	4	1,2	0	0,0	
Ameaça (n=970) <sup>1</sup>							0,24
Não	521	83,6	274	80,6	7	100,0	
Sim	102	16,4	66	19,4	0	0,0	
Outra agressão (n=945) <sup>1</sup>							0,16
Não	535	87,4	273	83,7	5	71,4	
Sim	77	12,6	53	16,3	2	28,6	

<sup>1</sup> Nota da autora: A diferença quantitativa observada no ‘n’ nas variáveis ocorreu devido a exclusão dos quantitativos da variável “ignorado” na análise.

Fonte: Construído a partir da análise dos dados quantitativos.

Na tipificação da violência não foram observadas diferenças em todas as violências, porém destaca-se a significância estatística na variável “lesão autoprovocada” que apresentou relação com a zona de ocorrência.

No estudo de Mello et al. (2021) é observado que 44,2% (n=34238) das notificações de violência do sexo feminino contra pessoa com deficiência são identificadas como autoprovocadas. Nesta pesquisa foram avaliadas todas as notificações resgatadas no período, que quando comparadas com o estudo de Mello et al. (2021) apresentam resultados menores.

Nesta violência são apresentados, nesta pesquisa, valores de n=205 das notificações

relacionados a violência autoprovocada com ocorrência em zona urbana, n=86 no rural e n=2 na periurbana. Assim, observa-se que a violência autoprovocada esteve mais associada à área urbana em comparação com as demais áreas estudadas.

A violência autoprovocada apresenta significativos valores de ocorrência nesta pesquisa, como encontrado no estudo de Andrade et al. (2020) que foi identificado que 82% das notificações faziam referência a violência interpessoal e 18% a autoprovocada.

Algo similar foi encontrado na associação entre violência sexual e zona de ocorrência, com a representação de n=44 na zona urbana, n=43 no rural e n=2 no periurbano. Em comparação com os valores totais de notificação recuperadas por área estudada, observa-se maior associação da violência sexual na zona rural.

Vale considerar que a violência sexual pode ter como consequência uma gestação e compreende-se que esta condição não necessariamente é identificada como um fator protetivo quanto ao ato violento. Isso pois, como foi observado no estudo de Soares et al. (2023), o qual objetivou investigar as causas de óbitos de mulheres com notificação de violência durante a gravidez foram apresentadas 14.404 mulheres notificadas para violência durante a gravidez e, quanto à causa de óbitos, 2,7% (n=7) são referentes a lesões autoprovocadas e 45,2% (n=117) para outras agressões, porém considera-se também o subtotal de 56,4% (n=146) dos registros que se encontram na categoria de causas externas de morbidade e de mortalidade.

Estudo nacional, que analisou as notificações de violência contra gestantes, pontua a necessidade de o profissional de saúde que atua no pré-natal estar atento aos sinais da violência, tendo em vista as consequências desta na vida e saúde da mulher e da criança. Ademais amplia esta reflexão para a mulher em condição de violência sexual que tem como consequência a gestação. Além disso, compreender que o profissional que atende a gestante ou mulher, assim como ela vive em uma sociedade patriarcal em que muitas vezes a violência é aceita como natural, condição que pode dificultar a abordagem da situação (Colonese; Pinto, 2020). Soma-se a isso o preenchimento da ficha de notificação que é o instrumento que poderá dar visibilidade ao número de casos existentes.

Mesmo não encontrando diferenças estatísticas nas associações estudadas, vale considerar os quantitativos de ocorrência das demais VCM, como a física, psicológica /moral, tortura, financeira/econômica, negligência/abandono e intervenção legal, pois para dar visibilidade da violência primeiro precisa-se reconhecer que a mesma ocorre.

Nesta perspectiva, destaca-se o estudo de VPI de Stoff et al. (2020), o qual aponta os escores médios 1,77 para violência física, 4,21 para psicológica e 2,01 sexual. Enquanto Barros e Schraiber (2017), ao avaliarem a violência sofrida por PI, encontraram 37,4% (n236) para

violência física, 52,6% (n=332) para violência psicológica e 20,3% (n=128) para violência sexual; Barufaldi et al. (2017) encontraram 78,4% (n=2448) para violência física, 14,2% (n=444) para psicológica/moral, 4,7% (n=146) para os casos de estupro (excluiu-se da análise os demais tipos de violência sexual), 1,8% (n=57) para negligência/abandono e 0,8% (n=26) para outros; Andrade et al. (2020) apresentam 74,8% (n=573) para violência física, 39,7% (n=304) para psicológica e 23,9% (n=183) para sexual; Mascarenhas et al. (2020) apresentam 86,6% para abusos físicos, 53,1% para psicológicos e 4,8% para sexual; e o estudo de Neto e Girianelli (2020) apresentam 91,5% (n=35171) das notificações para violência física, 15,5% (n=5948) para psicológica, 4,7% (n=1811) para sexual e 0,8% (n=326) para negligência. Mesmo os estudos apresentando diferentes as violências, destaca-se que esses foram os maiores quantitativos encontrados.

Também Ikekwuibe e Okoror (2021), ao apresentarem experiências e práticas de VPI, destacam entre os parceiros desentendimentos, controle de comportamento, agressividade e comportamento sexual inapropriado. Já no tocante da violência sexual, Barros e Schraiber (2017) ainda destacam que a violência muitas vezes não é percebida como violência, visto que se pode considerar algumas construções sociais de obrigações sexuais no relacionamento conjugal. A partir do exposto, não se exclui a possibilidade de subnotificação das variáveis quanto a tipificação da violência pelo mesmo motivo. Ademais, para a identificação da violência, faz-se necessário compreender a autopercepção das mulheres do ato violento.

Quanto à natureza da violência, a única variável que apresentou significância estatística foi o ‘envenenamento’ evidenciando n=107 para ocorrência em área urbana, n=40 em área rural e nenhuma ocorrência no periurbano. Identifica-se uma maior associação desta variável com a área urbana. Entretanto, vale considerar que a notificação da violência está diretamente relacionada à identificação da mesma e a notificação, logo, não se exclui a possibilidade de casos de envenenamento atendidos e não notificados nas demais localidades.

Ademais, mesmo sem diferenças estatísticas observadas, não se pode excluir a violência em área urbana com os maiores quantitativos de notificação em força corporal/espancamento (51,4%/n=325), ameaça (16,4%/n=102) e objeto perfurocortante (13,6%/n=86); na zona rural com força corporal/espancamento (52,3%/n=180), ameaça (19,4%/n=66) e outras agressões (16,3%/n=53); e na periurbana com força corporal/espancamento (42,9%/n=3), objeto perfuro cortante (28,6%/n=2) e outras agressões (28,6%/n=2).

Colonese e Pinto (2022) ao analisar as notificações de violência contra gestantes no Brasil entre 2011 e 2018 apresenta, maiores quantitativos na natureza da violência em força corporal/espancamento (54%/n=40108), ameaça (18,9%/n=14014) e objeto perfuro cortante/

contundente<sup>17</sup> (9,1%/n=6782). Ademais vale destacar que as violências se sobrepõem, logo em um mesmo ato violento a mulher pode ser submetida a mais de uma agressão, esta premissa corrobora com os achados de Brasil (2021) e Andrade et al. (2020).

Os dados foram ainda apresentados considerando as características do agressor na notificação de VCM.

Tabela 3 - Zona de ocorrência de violência contra a mulher e sua associação com características do agressor na área de abrangência da 15ª CRS.

Variável	Zona de Ocorrência						Valor de p
	Urbana		Rural		Periurbana		
Relação com o agressor	N	%	N	%	N	%	
Pai (n=950) <sup>1</sup>							0,16
Não	585	95,6	308	92,8	6	100,0	
Sim	27	4,4	24	7,2	0	0,0	
Mãe (n=949) <sup>1</sup>							0,10
Não	597	97,5	321	97,0	5	83,3	
Sim	15	2,5	10	3,0	1	16,7	
Padrasto (n=948) <sup>1</sup>							0,76
Não	598	97,9	326	98,5	6	100,0	
Sim	13	2,1	5	1,5	0	0,0	
Madrasta (n=950) <sup>1</sup>							0,44
Não	609	99,5	332	100,0	6	100,0	
Sim	3	0,5	0	0,0	0	0,0	
Cônjuge (n=962) <sup>1</sup>							0,74
Não	467	75,3	247	73,5	5	83,3	
Sim	153	24,7	89	26,5	1	16,7	
Ex cônjuge (n=953) <sup>1</sup>							0,01
Não	568	92,4	322	97,0	6	100,0	
Sim	47	7,6	10	3,0	0	0,0	
Namorado (a) (n=952) <sup>1</sup>							0,03
Não	582	94,8	326	98,2	6	100,0	
Sim	32	5,2	6	1,8	0	0,0	
Ex namorado (a) (n=948) <sup>1</sup>							0,53
Não	600	98,2	329	99,1	6	100,0	
Sim	11	1,8	3	0,9	0	0,0	
Filho (a) (n=949) <sup>1</sup>							0,04
Não	598	97,9	315	94,9	6	100,0	
Sim	13	2,1	17	5,1	0	0,0	
Irmão (ã) (n=951) <sup>1</sup>							0,87
Não	592	96,7	321	96,4	6	100,0	

<sup>17</sup> Nota da autora: O autor utiliza as variáveis de ‘perfuro cortante’ e ‘contundente’ juntas, porém para este estudo optou-se utilizá-las separadas conforme conta da FN.

Sim	20	3,3	12	3,6	0	0,0	
Amigo / conhecido (n=949) <sup>1</sup>							0,01
Não	560	91,5	281	84,9	5	83,3	
Sim	52	8,5	50	15,1	1	16,7	
Desconhecido (n=950) <sup>1</sup>							0,55
Não	586	88,8	316	87,1	5	71,4	
Sim	25	3,8	17	4,7	1	14,3	
Cuidador (n=951) <sup>1</sup>							0,96
Não	610	99,5	330	99,4	6	100,0	
Sim	3	0,5	2	0,6	0	0,0	
Patrão / chefe (n=950) <sup>1</sup>							0,58
Não	610	99,7	332	100,0	6	100,0	
Sim	2	0,3	0	0,0	0	0,0	
Pessoal com relação institucional (n=950) <sup>1</sup>							0,00
Não	603	98,5	331	99,7	5	83,3	
Sim	9	1,5	1	0,3	1	16,7	
Policial / agente da lei (n=951) <sup>1</sup>							0,96
Não	610	99,5	331	99,4	6	100,0	
Sim	3	0,5	2	0,6	0	0,0	
Própria pessoa (n=968) <sup>1</sup>							0,01
Não	431	69,2	262	77,3	6	100,0	
Sim	192	30,8	77	22,7	0	0,0	
Outros vínculos (n=946) <sup>1</sup>							0,30
Não	573	93,6	299	91,2	6	100,0	
Sim	39	6,4	29	8,8	0	0,0	
<b>Sexo do agressor (n=958)<sup>1</sup></b>							0,78
Masculino	358	58,4	197	57,9	2	40,0	
Feminino	235	38,3	135	39,7	3	60,0	
Ambos os sexos	20	3,3	8	2,4	0	0,0	
<b>Suspeito usou álcool (n=771)<sup>1</sup></b>							0,91
Não	287	58,3	161	59,0	4	66,7	
Sim	205	41,7	112	41,0	2	33,3	

<sup>1</sup> Nota da autora: A diferença quantitativa observada no ‘n’ nas variáveis ocorreu devido a exclusão dos quantitativos da variável “ignorado” na análise.

Fonte: Construído a partir da análise dos dados quantitativos.

Considerando a característica de “relação com o agressor” foram evidenciadas diferenças estatísticas na variável “ex cônjuge” bem como na variável “namorado (a)” estando estas mais associadas ao meio urbano.

Essa maior identificação pode estar atrelada à localidade dos serviços de saúde e acesso às mulheres em situação de violência, bem como a identificação da violência por elas. Isso visto que o isolamento geográfico é uma realidade no meio rural e representa uma barreira que compromete o acesso das mulheres aos serviços de auxílio (Stoff et al., 2021). Pode ainda ser considerado que o maior quantitativo da população estaria residindo ou circulante em área

urbana, visto que muitos casos de VCM são registrados no local de residência das mulheres (Barufaldi et al., 2017; Neto e Girianelli, 2020). Ainda, não se excluiu a subnotificação da violência rural e periurbana ser ocasionada pela autopercepção das mulheres (ou falta da mesma) para a ocorrência da violência.

A falta de percepção da mulher rural para com a violência pode ser compreendida nos estudos de Cruz e Irffi (2019) nos quais foram encontrados uma correlação significativa entre residentes da área urbana e o agressor ‘conhecido’, enquanto as mulheres residentes em área rural possuíam maior sensibilidade de identificação para o agressor ‘desconhecido’.

Compreende-se assim que a violência ocasionada pelo agressor “conhecido” pode estar naturalizada e com isso a real situação das mulheres no território podem representar resultados similares aos estudos de Ikekwuibe e Okoror (2021) com mulheres em uma comunidade rural da Nigéria, que identificaram alta prevalência da atitude controladora pelos parceiros masculinos. Não se exclui a existência deste comportamento também no cenário estudado desta pesquisa, bem como a naturalização do mesmo.

Outra diferença estatística também foi observada na variável onde o agressor foi identificado como “filho (a)”, estando este resultado mais associado ao meio rural. Esta diferença pode ser compreendida nas relações familiares e culturais no cenário rural. Ademais, vale destacar que muitos estudos apresentam a residência ou espaço familiar como principal local para a ocorrência da violência (Mascarenhas et al., 2020; Neto; Girianelli, 2020).

Nessa perspectiva, um estudo descritivo de dados secundários das notificações de violência contra pessoas com deficiência no SINAN entre 2011 e 2017 revela um panorama dos registros no cenário brasileiro sendo que dos 116.219 casos de violência contra pessoas com deficiência no período a maioria das vítimas era do sexo feminino (67%), branca (50,7%), na idade de 20 a 59 anos (61,6%), com deficiência mental (58,1%), sendo frequente a ocorrência de múltipla deficiência (15,9%), especialmente mental e intelectual (Mello et al., 2021). O mesmo estudo destaca que a violência autoprovocada correspondeu a 44,5% das notificações, enquanto a violência física foi a mais notificada (51,6%) e em 36,5% das notificações, o provável agressor era um membro da família. O vínculo do agressor como ‘filho (a)’ também foi identificado no estudo de Andrade et al. (2020), sendo que este representou 3,4% (n=26) das notificações avaliadas.

Quando relacionado à variável ‘amigo/conhecido’ observa-se 8,5% (n=52) das ocorrências em área urbana, 15,1% (n=50) em área rural e 16,7% (n=1) no periurbano, havendo maior associação desta variável com o meio rural.

Um estudo nacional, ao avaliar a autopercepção de saúde de mulheres no ambiente

urbano e rural, identificou que as mulheres que vivem em contexto rural quando passam por uma violência com um ‘conhecido’ tem-se um efeito na sua autopercepção de saúde negativa (Cruz; Irffi, 2019). O mesmo estudo destaca que quando o agressor é ‘desconhecido’ ocorre algo similar, porém nos casos de mulheres urbanas e rurais.

Mesmo não comparando os quantitativos de zona de ocorrência, nos estudos de Neto e Girianelli (2020) é apresentado que 16,2% (n=6222) das notificações de VCM de residentes de São Paulo, tiveram como agressor ‘outros conhecidos’<sup>18</sup>; Barufaldi et al. (2017) apresentam 13,9% (n=275) do provável autor ser ‘amigo/conhecido’; e Andrade et al. (2020) identificou que 17,2% (n=132) dos casos notificados tinham como agressor algum conhecido.

A variável ‘pessoa com relação institucional’ apresenta 1,5% (n=9) das ocorrências na área urbana, 0,3% (n=1) no rural e 16,7% (n=1) no periurbano. Nos estudos de Andrade et al. (2020), foi identificado que 1,2% (n=9) das notificações foram identificadas com a variável de “relação institucional”. Dos estudos utilizados nesta pesquisa, não foram encontradas análises que relacionam o local de ocorrência da violência com o agressor sendo foi identificada como ‘pessoal com relação institucional’, porém nos achados observa-se valores baixos para frequência de notificação desta violência.

Quanto à variável ‘própria pessoa’ apresenta-se resultados de ocorrência como 30,8% (n=192) na zona urbana, 22,7% (n=77) no rural e nenhuma notificação registrou a zona periurbana. Compreende-se que esta violência está diretamente relacionada com a violência autoprovocada, a qual também apresentou diferença estatística analisada e compreende-se que ambas são influenciadas nos mesmos aspectos quanto ao local de ocorrência.

Não foi encontrado diferença estatística entre o sexo do agressor e a zona de ocorrência, porém vale destacar que os maiores quantitativos de notificação foram registradas para agressores do sexo ‘masculino’ (58,4%/n=358 na zona urbana e 57,9%/n=197 na rural) e ‘feminino’ (38,3%/n=235 na zona urbana e 39,7%/135 na rural).

Leite et al. (2023) apresentam resultados similares em seus estudos, os quais identificaram 67,4% (n=8282) dos agressores como no sexo masculino, 29,5% (n=3626) do sexo feminino e 3,1% (n=378) de ambos os sexos. Enquanto Andrade et al. (2020) encontraram 75,5% (n=578) dos agressores como do sexo masculino, 17,8% (n=137) do sexo feminino e 3,4% (26) como ambos os sexos; e Lawrenz et al. (2018) encontrou 67,5% (n=13718) dos agressores foram identificados como ‘masculinos’, 26,4% (n=5366) como ‘feminino’ e 2,4% (n=487) como ambos os sexos.

---

<sup>18</sup> Nota da autora: no texto de Neto e Girianelli (2020) são apresentadas as variáveis: familiar; patrão ou chefia; outros conhecidos; ladrão ou assaltante; outros desconhecidos.

As similaridades entre os achados desta pesquisa com os estudos estão na identificação que ocorre mais notificações onde o agressor é identificado como do sexo “masculino”, seguido pelo “feminino” e em menor quantidade violências com identificação de “ambos os sexos”.

Um estudo sobre fatores associados à VPI encontrou a normalização da violência como um de seus achados e este fato compromete a identificação da mulher para o ato violento que a mesma vivencia (Lennon et al., 2021).

Mesmo não encontrada a diferença estatística entre a suspeita do uso de álcool pelo agressor e o local de ocorrência da violência, vale destacar que, quando o agressor fez uso de álcool, 41,7% (n=205) dos casos ocorreram em área urbana e 41% (n=112) na zona rural. Mostrando dados quantitativos aproximados das notificações nos dois territórios.

Ao considerar os achados desta pesquisa observa-se similaridade nos dados encontrados por Leite et al. (2023), nos quais encontrou 42% (n=4047) das notificações com suspeita do uso de álcool pelo agressor. Com as mesmas suspeitas e identificações estão os estudos de Andrade et al. (2020) com 39,4% (n=302) e de Lawrenz et al. (2018) com 33,4% (n=6758) das notificações.

Ao considerar a importância desta variável para a análise da violência, Massaro et al. (2019) destacam que a utilização de álcool e outras drogas e sua relação com a violência encontra-se documentada em diversos países. O mesmo foi encontrado nos estudos de Lennon et al. (2021), com resultados significativos.

O bloco de informações e variáveis relacionados ao autor da violência foram classificados com média de preenchimento ‘ruim’ (Souza et al., (2020), logo compreende-se significativos níveis de incompletude dos dados destas variáveis, podendo assim impactar significativamente nos achados encontrados desta pesquisa.

Com a disponibilização dos dados atualizados do IBGE (2022), optou-se pela atualização das demais frequências para o ano de 2022, conforme pode ser observado na Tabela 4.

Nessa tabela são apresentados os dados da população total e feminina de cada município de acordo com os dados do IBGE (2022), o quantitativo das notificações de violência recuperadas no SINAN através da busca total de notificações, o quantitativo das notificações geradas a partir da busca e somatório das violências recuperadas individualmente, os dados registrados no Observatório Estadual de Segurança Pública e o cálculo estimado de mulheres em situações de violência a partir das informações obtidas pela OMS (2021) e OPAS (2021).

Tabela 4 - Análise comparativa da população total, população feminina, sistema de notificação de violência contra as mulheres urbanas e rurais e os dados de segurança pública com o cálculo estimado de mulheres em situação de violência por município da Regional

Variável	Frequência absoluta (n)					
	IBGE Tot. <sup>1</sup>	IBGE Fem. <sup>1</sup>	SINAN <sup>2*</sup>	SINAN <sup>2**</sup>	Seg. Púb. <sup>3</sup>	OMS / OPAS <sup>4</sup>
Barra Funda	2.498	1.281	5	9	2	427
Boa Vista das Missões	1.933	982	1	0	15	327
Braga	3.268	1.630	6	9	26	543
Cerro Grande	2.379	1.189	2	3	10	396
Chapada	9.540	4.886	1	2	17	1.628
Constantina	10.385	5.295	1	1	56	1.765
Coronel Bicaco	6.144	3.094	7	10	40	1.031
Dois Irmãos das Missões	2.090	1.043	0	0***	15	347
Engenho Velho	1.296	654	0	0***	4	218
Gramado dos Loureiros	2.014	972	0	0***	6	324
Jaboticaba	3.779	1.892	2	4	12	630
Lajeado do Bugre	2.601	1.275	0	0***	10	425
Miraguaí	4.427	2.223	13	19	35	741
Nova Boa Vista	2.042	1.004	1	1	1	334
Novo Barreiro	4.272	2.099	3	4	15	699
Novo Xingu	1.646	824	0	0***	2	274
Palmeira das Missões	33.216	17.140	29	35	253	5.713
Redentora	9.738	4.801	77	83	65	1.600
Ronda Alta	9.777	5.000	4	3	36	1.666
Rondinha	4.991	2.549	8	15	14	849
Sagrada Família	2.480	1.227	0	0***	14	409
São José das Missões	2.362	1.166	4	5	6	388
São Pedro das Missões	1.757	881	2	3	7	293
Sarandi	22.851	11.768	47	70	100	3.922
Três Palmeiras	4.716	2.359	4	5	13	786
Trindade do Sul	7.556	3.694	0	0***	39	1.231

<b>Total</b>	<b>159.758</b>	<b>80.928</b>	<b>217</b>	<b>281</b>	<b>813</b>	<b>26.966</b>
--------------	----------------	---------------	------------	------------	------------	---------------

Nota da autora: para este trabalho optou-se por manter os dados do ano de 2022 por considerar a atualização populacional oferecida e disponibilizada online pelo IBGE.

Legenda: Tot. = Total. Fem.= Feminina.

<sup>1</sup> Dados da população total e feminina de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), dados atualizados em 21 de fevereiro de 2024.

<sup>2</sup> Dados do SINAN/TabNet referente as notificações do sexo feminino por município de residência e ano de notificação (2022). Dados coletados em 22/02/2024. Viva/SINAN/SVS/

<sup>3</sup> Dados levantadas a partir do Observatório Estadual de Segurança Pública de 2022 (Secretaria de Segurança Pública, 2024), através do somatório dos casos de ameaça, lesão corporal, estupro, feminicídio consumado e feminicídio tentado. Dados coletados em 22/02/2024.

<sup>4</sup> Número estimado de mulheres em situação de violência segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Nações Unidas - Brasil. Estas fontes consideram que uma em cada três mulheres são vítimas de violência. Cálculo: Valor total da população feminina / 3 = Número estimado de mulheres que sofrem ou sofreram violência (Nações Unidas, 2021; Organização Pan-Americana da Saúde, 2021)<sup>19</sup>.

\* Dados do SINAN/TabNet referente as notificações totais do sexo feminino pela busca de: local de residência e ano de notificação (2022). Viva/SINAN/SVS/

\*\* Dados do SINAN/TabNet referente ao somatório das violências do sexo feminino por local de residência, ano de notificação (2022) e tipo de violência. Foi considerado para o somatório de: Lesão autoprovocada, violência física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal e outras violências. Viva/SINAN/SVS/

\*\*\* Como não foi registrada nenhuma notificação neste período, a busca por esse tipo de violência (através das variáveis da tipificação) não foi realizada.

Fonte: Construído pela autora considerando os dados de 2022 do Viva/SINAN/SVS/.

Na Tabela 4, identifica-se que o município de Redentora apresentou maior quantitativo de notificações no período estudado (n=77) e o município de Sarandi, o segundo maior quantitativo (n=47). Ao comparar estes municípios com as informações contidas na mesma tabela, porém quanto aos fatores populacionais (IBGE, 2022), identifica-se que ambos se encontram entre os mais populosos na região. Entretanto, Palmeira das Missões (município mais populoso e com maior população feminina) não apresentou um número significativo de notificações no período (n=29), apresentando assim divergência na comparação dos dados.

Dentre os municípios com menor quantitativo de notificação na região estudada, encontra-se Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, Novo Xingu, Sagrada Família e Trindade do Sul (todos com n=0). Quando esses são comparados aos municípios menos populosos da região (IBGE, 2022) encontra-se divergência na comparação dos dados.

Os dados apresentados na Tabela 4 permitem o comparativo das notificações de violência contra a população feminina recuperadas referente ao valor total e a busca pelos tipos de violência. A análise destas duas colunas mostrou divergência em quase todos os municípios analisados. Subentende-se com esta análise que os profissionais de saúde registram mais de um

<sup>19</sup> Nota da autora: Para realização do cálculo estimado foi utilizado números inteiros.

tipo de violência por FN. O mesmo foi encontrado nos estudos de Andrade et al. (2020) que, quando analisaram a relação das violências, observaram que 55,5% das análises tinham registrado um tipo de violência, enquanto 31,3% apresentaram duas violências e 8,7% três, e no estudo de Neto e Girianelli (2020) dentre as notificações de VCM pesquisadas nos anos de 2008 a 2015, 12,5% apresentaram múltiplos tipos de violência.

Destaca-se que este campo é de preenchimento obrigatório na FN, e a orientação do Instrutivo VIVA é de que se deve marcar somente o principal tipo de violência ocorrido, para o caso de mulheres que foi identificado dois casos distintos de violência, a orientação é de fazer-se o preenchimento de uma FN para cada violência (Brasil, 2016b). Neste contexto compreende-se que a notificação deve ser registrada com a violência mais significativa ou por gravidade ou aquela que levou a mulher a buscar o serviço de saúde.

Porém, o sistema (SINAN) permite a inclusão de mais de um tipo de violência em uma mesma notificação, logo, subentende-se que os profissionais de saúde (notificações, digitador e analista) desconhecem as orientações sobre o preenchimento deste campo na FN e/ou a FN não passa pela etapa de qualificação das informações antes de ser inserida no sistema. Compreende-se que esta premissa seja verdadeira visto que foram recuperados n=217 para as notificações recuperadas por ano de notificação e município e n=281 para as notificações obtidas através do somatório das violências.

Ademais, quando se realiza o comparativo das notificações (valores totais), n=217, com os valores registrados no observatório de segurança pública (n=813) observa-se a grande diferença entre os registros dos serviços que atendem às mulheres. Nessa perspectiva, destaca-se que os municípios têm acesso a todo o território via APS, logo, subentende-se elevados números de subnotificação para os casos de VCM.

Corroborando com isso, ao analisar o cálculo estimado das violências no território, observa-se um n=26.966 relativo às mulheres que estariam em situação de violência. Assim, tem-se mais um elemento que pode demonstrar a não identificação da violência ou notificação da mesma, mostrando que ocorre a invisibilidade dos casos de violência e do ato violento contra as mulheres.

Os casos de subnotificação da violência, fragilidades da notificação, falta de capacitação dos profissionais na identificação e notificação dos casos de VCM também é abordado no estudo de Leite et al. (2023). O mesmo estudo aponta o desafio do planejamento em saúde quando há fragilidade nos dados oficiais. Ademais, vale destacar que a notificação compulsória para os casos de VCM é prevista em lei (Lei nº 10.778/2003), bem como a responsabilidade do processo de realização da notificação, porém a não realização da mesma constitui infração da

legislação (Brasil, 2003).

Mesmo compreendendo as fragilidades dos dados alcançados, principalmente da variável “ignorada” e a subnotificação, identificamos que a etapa quantitativa teve êxito na sua proposta e na indicação dos maiores notificadores de violência do período estudado, bem como a busca por significância entre as variáveis e a zona de ocorrência da violência.

Quando considerada a PNVS, vale destacar que a mesma compreende que as informações de saúde podem auxiliar nas ações de políticas públicas, organização da RAS e atuação nos determinantes de saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Com isso, compreende-se que a mesma aponta a importância da geração de dados confiáveis e oficiais para o suporte no planejamento em saúde.

Assim, consideramos que o primeiro objetivo secundário deste estudo e proposto nesta etapa foi de “caracterizar os casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2012 e 2020 nos municípios da 15ª Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul” ao avaliar as construções apresentadas pode-se aferir que o objetivo foi alcançado.

## 5.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES QUALITATIVOS

Esta unidade de reflexão apresenta a caracterização dos profissionais que participaram da etapa de pesquisa qualitativa e as categorias que foram construídas a partir da análise temática do material empírico produzido no GF.

### 5.2.1. Caracterização dos participantes

Foram realizados três grupos focais em cada município nos quais participaram 14 profissionais de saúde, sendo que o número em cada GF foi variado. No Município um, participaram cinco profissionais e no município dois, nove profissionais.

Em relação às características dos participantes na etapa qualitativa, trata-se de profissionais de saúde atuantes nos dois municípios com maior quantitativo de notificações de violência (um na área urbana e outro na rural, já identificados como 1 e 2, respectivamente). Os profissionais de saúde apresentam idade entre 34 e 56 anos, sendo que seis tinham entre 30 e 39 anos, sete entre 40 e 49 anos e um profissional entre 50 e 59 anos. Dos participantes, 11 eram enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e um com formação fora da área da saúde.

Também, oito indicaram algum tipo de formação complementar, como uma especialização, por exemplo. Quanto ao tempo de formação dos participantes, identificou-se o período entre cinco e 23 anos, sendo que a maior parte dos profissionais encontrava-se entre 11 e 19 anos (nove profissionais).

Um profissional atua na área hospitalar, seis no cenário rural, três no cenário urbano e quatro indicaram que trabalham na SMS<sup>20</sup>. O tempo de trabalho dos profissionais de saúde no setor em que atuam foi registrado entre um mês e 20 anos, sendo que o maior número de profissionais (n=5) se encontrou na faixa dos 12 anos de atuação em um mesmo setor. Para os questionamentos contidos do formulário de caracterização com respostas positivas (SIM) e negativas (NÃO) optou-se pela apresentação em forma de quadro. Acrescentar o sexo dos profissionais

Quadro 8 - Apresentação das perguntas de caracterização dos profissionais de saúde, Palmeira das Missões e Redentora, RS, Brasil, 2023.

Questionamento	Respostas	
	SIM	NÃO
“Você já participou de alguma capacitação de Vigilância em Saúde?”	10	4
“Você já participou de alguma capacitação de notificação em saúde?”	9	5
“Você conhece a ficha de notificação de violência?”	13	1
“Você já participou de alguma capacitação de situações de violência contra mulheres rurais e urbanas?”	3	11
“Você já realizou alguma notificação de situação de violência contra as mulheres?”	3	11
“Você sabe quando deve-se notificar uma situação de violência?”	12	2
“Você já identificou no seu cotidiano de trabalho alguma condição de violência contra a mulher no contexto rural e urbano?”	10	4
“Suas ações de trabalho impactam nas notificações em saúde nos casos de violência contra as mulheres urbanas e rurais?”	12	2

Fonte: Construído pela autora a partir do formulário de caracterização dos profissionais participantes.

Muitos profissionais reconhecem que têm algum conhecimento sobre as notificações de

<sup>20</sup> Nota da autora: Ao descrever a caracterização dos profissionais, optou-se por manter o registro contido nos formulários de caracterização respondido pelos profissionais de saúde participantes deste estudo, porém alguns profissionais que atuam na APS indicaram a atuação como na SMS. Sabe-se, enquanto autora deste estudo, da existência desse vínculo, porém outros profissionais compreenderam que a atuação na SMS estaria vinculado ao serviço de gestão no âmbito administrativo ou como responsável técnico do município.

saúde, porém identificam a necessidade de aperfeiçoar-se na temática. Em algumas situações, os participantes desta pesquisa atuam em casos de violência contra as mulheres urbanas e rurais, mesmo que de maneira incipiente.

### 5.2.2. Categorias de análise (CA) construídas a partir dos grupos focais

As falas e experiências das reflexões nos grupos focais foram organizadas em unidades de registros (UR) e agrupadas em códigos temáticos que deram origem às categorias de análise (CA). Apresenta-se as categorias analíticas na figura a seguir.

Figura 4 - Representação das categorias analíticas



Fonte: Elaborada pela autora a partir da imagem do fluxo de dados.

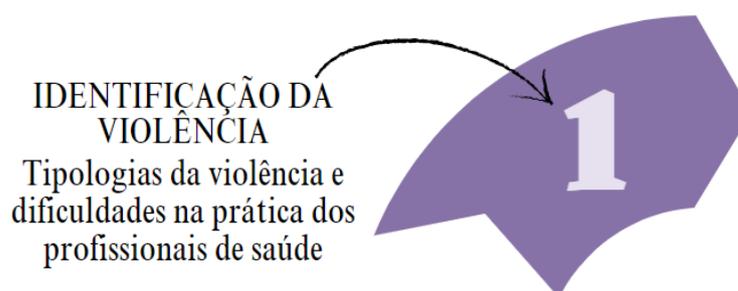
Assim, foram construídas as seguintes categorias de análise (CA): CA1: “Identificação da violência: tipologias da violência e dificuldades na prática dos profissionais de saúde”; CA2: “Notificação compulsória: desafios do ato de notificar os casos de violência contra as mulheres”; CA3: “Sistema de informação: Desafios no preenchimento da ficha de notificação e inserção dos dados no SINAN”; CA4: “Comunicabilidade<sup>21</sup>: A ausência de diálogo”; e CA5:

<sup>21</sup> Nota da autora: Compreende-se ‘comunicabilidade’ pela capacidade de se comunicar ou oferecer a comunicação.

“Vigilância à violência: A ausência do tema na formação em saúde e ampliação da educação permanente à profissionais”.

### 5.2.2.1. CA 1: Identificação da violência: tipologias da violência e dificuldades na prática dos profissionais de saúde

Figura 5 - Representação da primeira categoria analítica



Fonte: Elaborada pela autora a partir da imagem do fluxo de dados.

Nesta primeira unidade, busca-se apresentar as falas condizentes com a identificação das situações de violência, quanto às suas diferentes tipologias e formas de apresentação. As UR mostraram que os profissionais de saúde conseguem identificar as diferentes naturezas da violência, como a violência física, verbal, sexual, psicológica e moral, e econômica.

Uma violência física, verbal, agressividade nas palavras a própria força [como identificação da violência] (mulher; branca; téc. Enf.). URP3

Porque a [violência] física a gente vê, mesmo que a [paciente] negue. A gente [profissional de saúde] enxerga os sinais, mas eu acho que para a gente identificar a [violência] psicológica e a moral é bem difícil porque acaba percebendo mudança no comportamento do paciente. O paciente buscando ajuda, pedindo atendimento psicológico, mas não tem uma fala condizente ou não desabafa [a situação de violência], não conta a realidade do que está acontecendo. Então, acho que é mais difícil de identificar a psicológica e a moral... a financeira também não deixa sinais. Não é visível, mas acho que ela é menos impactante que a psicológica, para a paciente chegar ao ponto de pedir ajuda (mulher; branca; Enf.). URP8

Eles [os homens] ficam ameaçando e ameaçando e a violência física não ocorre, mas aquela violência psicológica e emocional já está ali instalada (mulher; branca; téc. Enf.). URP3

Ao considerar as UR desta pesquisa, reconhece-se que o ato violento ocorre na vida das

mulheres do território nos mais diferentes tipos de agressões e agressores. Neste contexto, os participantes deste estudo destacaram a violência física, verbal, sexual, psicológica e emocional, muitas das quais também foram identificadas em um estudo de 2018 com ACS da área rural (Arboit et al., 2018). Ainda, um estudo de 2020 identificou a violência moral, doméstica, o assédio, privação dos direitos da mulher, o desrespeito e a desigualdade de gêneros (Silva; Ribeiro, 2020) como situações de VCM.

Vale destacar que a identificação da violência ou do ato violento está diretamente ligado a percepção que a mulher tem de si e de seu papel social (Cruz; Irffi, 2019), logo, podemos considerar que essa percepção é influenciada pelos fatores sociais e culturais vivenciados.

Quando considerados os tipos de violência, é necessário destacar que muitas mulheres têm dificuldade em identificar o ato violento. Esse pressuposto pode estar relacionado à dependência da mulher ao marido (considerando o relacionamento, o financeiro ou questões culturais), as consequências da divulgação ou busca por ajuda frente a violência ou a relutância em verbalizar-la juntamente com a culpabilização ou constrangimento pelo ato sofrido (Shaheen et al., 2020). A busca por ajuda foi identificada nas UR, porém os profissionais destacam os desafios de identificação da VCM pelas próprias mulheres.

Corroborando isso, um estudo de 2023, que aborda o olhar dos profissionais de saúde frente a Violência Sexual por Parceiro Íntimo (VSPi), identificou, entre seus achados, que algumas vezes as mulheres relatam a insatisfação relacionado ao ato sexual vivenciado pelo casal e que, as mesmas, tem dificuldade de reconhecer a violência sexual, quando comparada a outros tipos de VPI (Schraiber et al., 2023).

Ao avaliar a dificuldade das mulheres em identificar o ato violento, outro estudo de 2021 aborda a normalização do mesmo, quando as mulheres não o conhecem como violência ou reconhecem seus direitos (Lennon et al., 2021). Nesse contexto, na identificação da VPI, Schraiber et al. (2023), ao estudarem a violência sexual, identificam que as mulheres em situação de violência algumas vezes não deixam claro sua percepção diante do ato violento, bem como, para outras mulheres, a prática sexual com o marido/parceiro pode ser compreendida como uma obrigação cultural da vivência do casal ou ao medo de ser abandonada ou traída por ele.

Ademais, o silêncio da mulher torna-se um dificultador no processo de identificação da VCM e conseqüentemente na compreensão das necessidades dela para o enfrentamento da violência (Silva; Ribeiro, 2020). Diante disso e das UR, consegue-se compreender que os profissionais de saúde desta pesquisa podem identificar e conhecer os tipos de violência, bem como reconhecem a complexidade da mesma quanto sua tipificação e sua natureza.

Corroborando com isso, destaca-se que a PNVS, no seu Artigo 9 referente às estratégias de organização, contempla o estímulo à inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente relacionados à vigilância em saúde, ademais refere-se à gestão do trabalho, ao desenvolvimento e à educação permanente com inserção destes conteúdos nas mais diferentes estratégias de formação para profissionais de nível superior e médio (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Considerando que a VCM é uma temática pertencente ao rol de conteúdos da VS, destaca-se a necessidade de formação dos profissionais de saúde e da comunidade (principalmente as mulheres) nas estratégias de reconhecimento do ato violento, promoção e prevenção de saúde.

Para além da tipificação e identificação da natureza das violências, os profissionais de saúde deste estudo, observaram que as mulheres tendem a repetir comportamentos que vivenciaram em seus âmbitos familiares nas relações com seus parceiros, e ressaltam o contexto rural como lugar em que esses papéis são mais difíceis de se romper.

Por isso que filhas de pessoas violentas muitas vezes procuram homens violentos [para se relacionar] e o ciclo se repete [...] “ele me bate, mas ele me cuida” (mulher; branca; Enf.). URP14

As [mulheres] da cidade são mais autônomas... mais independentes. Então talvez isso faça com que [elas] se submetam menos a violência, aceitem menos a violência do que a mulher rural. Pelo menos a visão que eu tenho que ela [mulher rural] é criada naquele ambiente que a mãe viveu a vida toda com o pai... e se submeteu a tudo que o pai queria, a filha e daí a neta [repetem o comportamento]. [E vai passando] como se fosse uma herança (mulher; branca; ACS). URP5

É um ciclo de violência, o meu pai fazia com minha mãe ou faz, meu esposo e filho fazem comigo. Muitas mulheres também não se reconhecem [como vítimas da violência] e nós [profissionais] estamos na mesma [eu não reconhecer] (mulher; branca; Enf.). URP14

Sant’Anna e Penso (2018) destacam que o ato violento intrafamiliar afeta todos os membros dessa unidade, visto que os mesmos tornam-se vítimas ou espectadores; também, essas relações podem apresentar-se como modelo para relacionamentos futuros.

A vivência da violência pela mulher aprisioná-la e acaba por condicioná-la à construção de sua identidade, ou seja, ela pode ter uma reação passiva<sup>22</sup> frente ao ato violento (Bervian et al., 2019) e esta condição pode ser reproduzida na criação dos filhos. Para Machado et al. (2014), a partir de sua pesquisa, o impacto da violência ocorre em curto, médio e longo prazo, também fica claro que os grupos mais vulneráveis ao fenômeno são as crianças (para violência

---

<sup>22</sup> Nota da autora: Neste contexto a passividade faz referência a mulher não ter nenhuma reação contra a violência, causando a impressão que a mesma aceita e concorda com o ato violento.

física, negligência e psicológica), mulheres (para física e psicológica) e idosos (de uma forma geral). Ademais, há o reconhecimento que a violência intrafamiliar pode ocorrer de forma “velada”, o que dificulta o acesso dos profissionais de saúde na identificação do ato violento, logo, na intervenção, atendimento ou auxílio no seu enfrentamento (Machado et al., 2014).

Sabe-se que 30% das mulheres no mundo passaram por uma violência física ou sexual no âmbito familiar (La Salud, 2020). Ainda, Jucá-Vasconcelos e Féres-Carneiro (2019) também observaram a repetição da violência nos núcleos familiares, incluindo a família extensa<sup>23</sup>. Na pesquisa desses autores, foi identificado que o comportamento de fuga da violência através do casamento e a perpetuação da violência familiar, incluindo indivíduos que à vivenciaram na infância e enquanto adultos repetem padrões agressivos (Jucá-Vasconcelos; Féres-Carneiro, 2019), com isso tem-se o potencial de compreender que a violência pode ser vivida em diferentes gerações, podendo estar relacionada à aspectos culturais, geracionais, a naturalização da violência e as heterogeneidades de gênero (Bervian et al., 2019). Nesta perspectiva, compreende-se que existe a possibilidade das relações geracionais associadas à VCM ser: ora do agressor e ora da mulher, ou ainda aos fatores culturais e ao ciclo violento<sup>24</sup>.

Um estudo com homens e mulheres que objetivou a análise das violências não fatais sofridas e praticadas em situação de parceria íntima, observou que a vitimização é maior entre as mulheres pela violência psicológica, física ou sexual (Barros; Schraiber, 2017). Esse mesmo estudo aborda que as questões culturais e sociais relacionadas a obrigatoriedade de manter relações íntimas entre o casal pode ser percebida como uma violência sexual pelas mulheres e, muitas vezes, não pelo homem.

A VPI é a forma mais frequente de VCM em todo mundo (World Health Organization, 2021a). Outro estudo com 242 casais heterossexuais avaliou a perpetração e vitimização de VPI. Nesse, observou-se que os efeitos foram semelhantes para homens e mulheres, o que pode estar relacionado a violência mútua entre o casal ou para equalizar a perpetração ou a vitimização do ato violento; também, para os homens identificou-se um padrão para vitimização masculina (através da perpetração da VPI por parte da esposa ou como uma resposta ao ato violento da mesma), já o padrão feminino apresentou-se como incerto (possibilitando a consideração através da VPI ou preconceitos de resposta) (Juarros-Basterretxea et al., 2022). Mesmo com a necessidade de mais estudos sobre a temática, é necessário considerar a complexidade da

---

<sup>23</sup> “Família extensa”: Segundo o ECA (Seção II, Artigo 25, Parágrafo único), compreende-se por família extensa ou ampliada os parentes próximos (além de pais, filhos e casal) com os quais mantém-se convívio, vínculo e afinidade (Brasil, 2017a). Neste contexto considera-se: pais, avós, tios e primos, dentre outros.

<sup>24</sup> Nota da autora: Compreende-se por ciclo violento, a repetição da violência por longos períodos (meses ou anos), podendo esta ser ora de grande impacto e agressividade, e ora menor.

violência intrafamiliar e sua perpetração geracional.

Nessa perspectiva, torna-se fundamental o conhecimento do território e dos atores circulantes e moradores deste. Ademais, conforme apresentado como primeiro princípio da PNVS o conhecimento do território pode utilizar-se da epidemiologia para avaliação de riscos e definição de estratégias de cuidado em saúde, sejam através do planejamento de ações, disponibilização de recursos ou orientação à população (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Desta forma, e pensando em uma aproximação dos serviços com a comunidade, faz-se necessário potencializar as ações da APS para que os profissionais consigam desenvolver atividades “extramuros”<sup>25</sup> a fim de aproximar-se da comunidade e identificar suas vulnerabilidades.

Os profissionais consideraram como um obstáculo na identificação dos casos de violência as seguintes circunstâncias: negação da mulher, a ausência de verbalização do ato violento pela mulher e o tempo que mulheres levam para falar e identificar que sofrem a violência.

[O maior desafio] é a negação [da mulher] e o que tu [profissional de saúde] vai fazer com aquele problema se tu não tem pra onde direcionar [ela]. Só vou escutar, só vou dizer: ‘não, ta bom’ (mulher; branca; Enf.). URP11

Nós já tivemos casos aqui [no território] de filhos que não sabiam o que estava acontecendo com a mãe. E depois, na hora que [a mulher] acabou indo para o hospital... ligaram para nós [unidade de saúde] e perguntaram: ‘se nunca aconteceu nada’, ‘nunca viram nada’... Então nem a rede familiar não sabe, porque a mulher não conta (mulher; branca; Enf.). URP4

Semana passada teve um caso lá do interior de uma mulher de 46 anos que foi abusada desde os 12 [anos], e agora que veio à tona, só que daí os familiares não sabiam da história [...] (mulher; branca; Enf.). URP11

Na realidade vivenciada nos serviços de saúde pelos participantes deste estudo, a negação da mulher para o ato violento ou, ainda, na ausência da verbalização do mesmo, coloca-se como um desafio para o atendimento. Vale destacar, nesta perspectiva, que muitas mulheres não se identificam como vítimas do processo violento. Alguns estudos concordam com essa conduta da mulher, que se apresenta em uma condição de vivência da violência e na complexidade de sua identificação e conseqüentemente suporte e auxílio na condução do atendimento profissional para romper com o ciclo da violência (Santos et al., 2020; Schraiber et al., 2023). Ademais, um estudo de 2019 alerta para a naturalização da violência, bem como, a necessidade de ações conjuntas com e entre a rede de atendimento para garantir o cuidado

---

<sup>25</sup> Nota da autora: Considera-se “extra muros” a saída dos profissionais de saúde e atividades de saúde fora da APS. Exemplo: Visitas domiciliares, grupos de apoio, educação na escola, dentre outras.

integral para elas (Bervian et al., 2019).

Como já destacado anteriormente, sabe-se que dentre as mulheres sobreviventes da violência, entre 55% e 95% delas não verbalizam a violência que sofreram ou buscaram um serviço de saúde (La Salud, 2020). Esta falta de verbalização, busca por ajuda ou a construção de barreiras internas para romper o medo da verbalização foi identificada nas UR desta pesquisa.

Ademais, as barreiras existentes na vivência para verbalizar a violência podem estar direcionadas às questões culturais do ato violento ou do processo de separação com o agressor. Assim, elas escondem as lesões ocasionadas pela VCM e permanecem no relacionamento abusivo. Vale destacar que esses comportamentos podem estar, também, vinculados a escolhas de proteção de si e dos filhos (Shaheen et. al, 2020).

Ao considerar a complexidade da violência destaca-se, também, os fatores sociais que dificultam a sua identificação como os riscos do rompimento do relacionamento ou ciclo violento, a vergonha ou medo de denunciar o parceiro, a esperança de mudança do parceiro e relacionamento, o isolamento das mulheres, a negação social ao pedido de ajuda e a falta de uma rede de apoio efetiva, a dependência econômica e perceber-se como vítima do ato violento (Brasil, 2005). Um estudo de 2021, buscou identificar os dispositivos utilizados por enfermeiros para o enfrentamento da violência doméstica sob a perspectiva do exercício da *parresia*<sup>26</sup>. Neste mesmo estudo, foi destacado que o conhecimento adquirido pela mulher durante o acolhimento, pode auxiliar na (re)significação da construção social ao qual a mesma foi condicionada em sua criação e que representam um comportamento de risco para a violência (Amarijo et al., 2021).

Assim, compreende-se que o comportamento desses profissionais permite que as mulheres em situação de violência (re)visitem suas vivências podendo buscar a identificação do ato violento e assim identificando-o e, conseqüentemente, buscando estratégias para enfrentá-lo, porém não exclui-se a possibilidade que este comportamento pode causar um estranhamento ou afastar a mulher, mesmo que momentaneamente. Considera-se esse pressuposto pois a mulher precisa (re)considerar seu papel na construção social ao qual está inserida.

Para além do reconhecimento da violência e corroborando com o exposto anteriormente, destaca-se que para a mulher buscar ajuda, a mesma precisa ter recebido orientação e conhecimento para tal, bem como, ter acesso a recursos políticos e de saúde que possibilitam o

---

<sup>26</sup> Nota da autora: Compreende-se por “*Parresia*” o compromisso com a verdade ou coragem para falar a verdade; logo compreende-se como o compromisso do profissional de saúde em falar com franqueza aquilo que se pensa durante o atendimento (Amarijo et al., 2021).

enfrentamento da situação de violência (Machado et al., 2014). Para tanto, a educação em saúde para reconhecer a violência ou a VPI é um importante recurso comunitário a ser utilizado para as mulheres (Lee et al., 2021) e pela equipe de saúde. Neste sentido, o profissional de saúde tem o importante papel de fornecer um ambiente favorável de diálogo e ‘lutar’ por uma rede de enfrentamento da violência.

O atendimento em saúde e a criação de vínculo para que a mulher verbalize o ato violento, bem como, identifique-se como vítima de violência precisa ocorrer em tempo hábil. Esse desafio também foi identificado pelas participantes desta pesquisa.

Neste contexto, o profissional de saúde precisa estar atento a diferentes situações e comportamentos que são sugestivos de violência, como: demonstração de desconforto no colo (0 até 11 meses); dificuldade na amamentação (0 até 4 anos); atraso no desenvolvimento (0 até 9 anos); choro sem motivo aparente, irritabilidade frequente, olhar indiferente, distúrbios do sono, aumento da incidência de doenças, afecções de pele frequentes, infecções sexualmente transmissíveis ou infecção urinária de repetição, hiperemia ou secreção em região íntima, quedas e lesões inexplicáveis, lesões físicas (de 0 a 19 anos); atraso e dificuldade no desenvolvimento da fala (1 até 9 anos); tristeza constante, reações negativas exageradas, distúrbio da alimentação, dificuldade de socialização, isolamento, agressividade, ansiedade, medo, pesadelos frequentes, terror noturno, manias, hiperatividade (1 à 19 anos); enurese e encoprese, distúrbios de aprendizagem, comportamentos obsessivos, atitudes compulsivas, baixa autoestima, baixa autoconfiança, auto mutilação, problemas de atenção, comportamento de risco, uso abusivo de álcool e drogas (5 a 19 anos) (Brasil, 2021).

Quanto às mulheres de 20 até 59 anos os sintomas afastamento, isolamento, tristeza, abatimento profundo; automutilação; comportamento agressivo ou apático, autodestrutivo, submisso, tímido; dificuldade de concentração no trabalho; distúrbio do sono; queixas crônicas inespecíficas; doenças não tratadas; desnutrição; gravidez indesejada; e demora para iniciar o pré-natal (Brasil, 2021).

E no caso da violência para mulheres com idade igual ou maior de 60 anos, os sintomas sugestivos relacionados ao físico (queixas de agressão; quedas e lesões inexplicáveis; queimadura e hematomas em lugares incomuns; cortes, marcas de dedos ou evidência de dominação física; medicações excessivamente repetidas ou subutilização; desnutrição ou desidratação; cuidados inadequados, contínua procura pela assistência em saúde), comportamentais e emocionais (mudanças na alimentação ou sono; medo, confusão ou apatia; passividade, retraimento ou depressão; desamparo, descrença ou ansiedade; declarações contraditórias; relutância de falar; fuga do contato físico, visual ou verbal; isolamento; uso

abusivo de álcool e outras drogas); sexuais (queixas de agressão sexual; roupa de baixo rasgado ou marcas de sangue; mudança de comportamento, agressividade, retraimento ou automutilação; queixas de dores abdominais, vaginal ou anal; Infecções ou ferimentos aparentes; comportamento sexual anormal para relacionamentos comumente dessa faixa etária), financeiro (retiradas de dinheiro incomuns ou que não estão de acordo com os meios; mudança de testamento ou de propriedades para outras pessoas; sumiço de bens; atividades suspeitas no cartão de crédito; falta de conforto que o idoso poderia arcar; problemas de saúde não tratados; nível de assistência incompatível com a renda e bens); e indicadores relativos aos cuidadores (cuidadores cansados ou estressados; excessivamente preocupada ou despreocupada; censura ao idoso; tratamento do idoso como criança ou de forma desumana; histórico de abuso de substância psicoativa ou de outras pessoas; não deixa a pessoa ser entrevistada sozinha; apresenta-se de forma defensiva, hostil ou evasiva; fica responsável pelo cuidado do idoso por um longo período) (Brasil, 2021). Ademais, vale destacar que a investigação da violência perpassa a suspeita do profissional em saúde para o ato violento vivenciado pela mulher.

Nessa perspectiva, vale considerar o que está descrito na PNVS dentre as informações que compõem o Artigo 9. Esse destaca os processos de trabalho da vigilância com a atenção em saúde, através do planejamento em saúde interligado entre diferentes serviços e saberes para fim da definição de prioridades e atuação em conjunto (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Compreende-se com essa corresponsabilização de ações de vigilância em saúde que a mesma atua em diferentes pontos da rede de atenção, logo, pode-se estar presente nas unidades notificadoras, visitas domiciliares, no acolhimento e atendimento a mulheres e famílias em situação de violência para identificar comportamentos sugestivos de violência ou confirmar sua vivência.

Porém, faz-se necessário destacar, ao comparar as práticas de saúde apresentadas nas UR com as descritas PNVS que a realidade apresentada no território encontra-se distante do almejado pela PNVS.

Visando isso, os profissionais de saúde no exercício de sua profissão e o funcionamento dos serviços de saúde precisam atuar de modo a não se tornar mais uma barreira de acesso às mulheres em situação de violência e seus familiares, pois a falta do olhar atento para a possibilidade do ato violento, o acolhimento adequado e o despreparo no atendimento a violência, comprometem o cuidado integral a elas (Arboit et al., 2018; Santos et al., 2020).

Fortalecendo a complexidade da identificação da violência e verbalização da mesma, os participantes deste estudo verbalizaram o desafio do próprio profissional de saúde de se 'colocar no lugar de quem sofre violência', mesmo que isso ocorra no local de trabalho e o

olhar biológico na atuação profissional. Essas visões, também, podem dificultar a identificação da violência contra as mulheres.

A gente fala que o usuário está mais agressivo e ele está, mas e nós enquanto mulheres trabalhadoras dentro da unidade, também não nos reconhecemos [como vítima de violência] (mulher; branca; Enf.). URP14

Nos chamam... [nome do profissional de enfermagem masculino] que eles se passam [atendimento particular] e só com as enfermeiras eles gritam e brigam, porque é mulher. Eles acham que podem (homem; branco; Enf.). URP1

Uma vez eu tive uma situação de uma usuária que falou horrores por uma situação de trabalho que eu nem sabia e foi horrível, e daí?! Não fiz nada (mulher; branca; Enf.). URP14

Quando se refere ao não reconhecimento da violência por profissionais de saúde, faz-se necessário considerar que esse processo pode ter relação com a vida ou construção pessoal de cada profissional. Nessa perspectiva, Barros e Schraiber (2017), quando estudaram a VPI, observaram que homens e mulheres possuíam baixa percepção de ocorrência da violência frente aos atos experimentados. Conseqüentemente, compreende-se que a falta de percepção da ocorrência do ato violento da vida pessoal pode estar relacionada com a naturalização do mesmo.

Um estudo realizado na Colômbia, dentre seus achados, identificou falas que “naturalizam” o comportamento social, principalmente vinculado ao exercício das atividades domésticas pelas mulheres e a privação/falta de estímulos para o estudo (Lennon et al., 2021). Este mesmo estudo, reflete que a naturalização da violência está na exposição à mesma, ou seja, os homens e as mulheres vivenciam a violência na sua educação pelos pais.

A violência quando naturalizada incorpora a construção da identidade da mulher e pode perpassar ou ser reproduzida entre as gerações (Bervian et al., 2019) e vivenciada entre parceiros. Logo, não se exclui a possibilidade de que os profissionais vivenciam ou vivenciaram a violência na sua construção pessoal, ademais a falta de aproximação com a temática e o interesse reforçam a ação de não identificação da violência nos espaços públicos e, assim, compromete a visualização da mesma durante o atendimento, visto que está cotidianamente vivenciando as agressões e, possivelmente, já naturalizou a ação violenta.

Cruz et al. (2023) realizaram um estudo com graduandos de medicina do quinto e sexto ano, e evidenciou a baixa adesão dos alunos, isso pode justificar-se pela falta de interesse, ausência da abordagem formal a questões de violência e questão de gênero durante a graduação. A mesma investigação quando avaliou a competência dos estudantes em lidar com situações de violência de gênero apresentou resultados satisfatórios para questões de “empatia”, porém

quanto a “conduta técnica do caso” os resultados apresentaram-se parcialmente iguais para ‘satisfatório’ e ‘insatisfatório’, sendo um pouco maior a avaliação para ‘insatisfatório’, como desempenho geral neste quesito a pesquisa demonstrou que os estudantes apresentaram desempenho “razoável” (Cruz et al., 2023). Neste contexto, e considerando as unidades de registro dessa pesquisa, compreende-se a complexidade do atendimento por parte do profissional da medicina (porém pode-se ampliar a reflexão para toda a equipe multiprofissional) quanto ao atendimento à mulher que sofre a violência, relacionado à identificação e condução técnica ao ato violento.

Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016), dentre as conclusões de seu estudo, destacam a ESF como porta de entrada preferencial para acesso aos serviços de saúde, bem como a necessidade de atender as demandas da população em tempo hábil e buscar a superação dos determinantes sociais, além da necessidade de superar o modelo biomédico reproduzido pelos profissionais e serviços de saúde. Porém, faz-se necessário destacar os desafios para se ter um SUS fortalecido, dos quais estão a construção política do sistema e dos atores para a política, neste sentido vale lembrar que muitos profissionais de saúde ainda atualizam ou fortalecem constantemente o modelo biomédico, a dificuldade de reflexão das práticas na assistência, o olhar para o indivíduo desconsiderando o complexo sistema ao qual ele está inserido e as práticas curativistas (Cecilio; Reis, 2018).

Ademais, mesmo reconhecendo a violência como um problema de saúde pública e relacionada a saúde coletiva, o olhar biomédico e curativista fortalece a invisibilidade deste fenômeno social (Lucena et al., 2016) comprometendo, assim, o acesso à saúde, segurança, tratamento e enfrentamento nos casos de VCM.

Nessa perspectiva, é importante que os profissionais de saúde tenham um olhar ampliado na sua atuação profissional, visando auxiliar as mulheres a encontrar um espaço acolhedor e seguro que possibilite a verbalização do pedido de ajuda. Isso a fim de minimizar os fatores de risco para a violência, bem como potencializar os fatores de proteção (La Salud, 2020). Assim, avaliar a complexidade do cenário social e vivencial dessas mulheres potencializa o atendimento.

Mesmo com os desafios e fragilidades do território e da APS, os quais podem ser influenciados direta ou indiretamente pela atuação e formação profissional ou vivências pessoais dos profissionais de saúde.

Ainda, vale destacar que a PNVS possui, dentro de suas diretrizes, ações como integralidade das ações de vigilância nos serviços ofertados pelo SUS, a inserção da vigilância em saúde na regionalização das ações e serviços, a equidade na identificação dos condicionantes

e determinantes de saúde e o acesso universal e contínuo as ações de vigilância em saúde juntamente com a corresponsabilização pela oferta de cuidado aos usuários e coletividade (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Neste contexto, compreende-se que a referida política responsabiliza-se também pela atuação em prol da identificação, acesso e minimização dos atos de violência ocorridos em um território. Ademais, ainda faz-se necessário fortalecer a RAS e os profissionais nela atuantes para contribuírem positivamente no enfrentamento da violência.

Os profissionais de saúde, desta pesquisa, identificaram particularidades da violência quanto ao cenário de residência (como o urbano e rural) que a mesma ocorre e ao comportamento social nesses espaços, fatores culturais como crenças normatizadoras de relações entre amigos e casais, submissão das mulheres que vivem em contexto rural, migração para regiões urbanas por melhores expectativas de trabalho, são condições que as vulnerabilizam.

Eu não sei [se morar a área rural é um fator de proteção], se por a comunidade ser conhecida de outras gerações e o convívio é um fator de proteção ou não, porque quanto maior é a proximidade da vizinhança, mas é ‘eu não vou me meter, porque senão eu vou arrumar briga com o compadre’ [repetição de fala de usuário]. Não sei se é um fator de proteção ou de omissão [...] tem até aquele ditado em que ‘em briga de marido e mulher ninguém mete a colher’ (mulher; branca; Enf.). URP8

Eu acredito que [os dados] do rural devem ser muito pior que o urbano, porque no rural as mulheres [...] batem naquela história que são mulheres que são dependentes, geralmente. [...] Quem mora na cidade, por exemplo, já se subentende que tem um emprego ou alguma coisa, já consegue de uma certa forma se virar sozinha (mulher; branca; Enf.). URP4

Eu vejo assim, se fosse para distinguir entre a [mulher] rural e a urbana, mas na questão da violência não vejo a diferença. Se uma é mais e a outra é menos. Digamos, se tem diferença na violência, só porque a rural eu vejo como mais submissa. Mas o tipo de violência é o mesmo. [A mulher rural] aceita mais, não vê como violência porque aceita mais, até pelo fato da cultura ela não tem essas oportunidades que a gente da cidade tem de conhecer, estudar (mulher; branca; ACS). URP5

Eu acho que [a diferença da mulher urbana e da mulher rural] é bem relacionado ao local mesmo que elas se encontram. As mulheres rurais no campo... tem talvez menos acesso se sofrerem algum tipo de violência até pela questão de sair do rural para procurar ajuda. E a mulher urbana, é a mulher da cidade, que tem acesso rápido e fácil. [Ela] grita e um vizinho está ali. No rural não, teria essa dificuldade de localidade e talvez nem tenha vizinho próximo (mulher; branca; téc. Enf.). URP3

Às vezes a mulher não se reconhece como vítima de violência, para ela é normal, ainda mais no meio rural [...] é cultural pra elas, elas não acham que é violência (mulher; branca; Enf.). URP14

Considerar os dois espaços (rural e urbano) e não considerar as particularidades que interferem na vivência dessas populações é o mesmo que não buscar identificar o ato violento como ele ocorre e sua complexidade. Ademais, mesmo considerando o ato violento do meio

rural não pode-se descartar a ideia que nos dois cenários a VCM tem um importante impacto na saúde das mulheres a curto, médio e longo prazo, e também potencializa o processo de vulnerabilização (Cruz; Irffi, 2019).

Nas UR deste estudo, foi verbalizado que o espaço rural pode promover um fator de risco para as mulheres que ali vivem, corroborando as pesquisas de Bervian et al. (2019), com as quais compreende-se que o cenário rural pode influenciar culturalmente nos casos de VCM e a mesma ao perpassar gerações, por vezes dificulta o reconhecimento, devido a sua naturalização.

Também, Stoff et al. (2021), quando objetivaram examinar as conexões sociais e a relação com a gravidade de VPI com mulheres casadas residentes na área rural de Bangladesh, identificaram taxas elevadas dessa violência e a possibilidade de o isolamento social ser considerado como um fator de risco para tal. O mesmo estudo, pondera que as relações sociais ou uma rede de apoio, seja ela familiar ou social, pode ter um papel protetor para as mulheres em situação de violência.

Vale destacar que, em muitas localidades, o cenário rural encontra-se distante dos centros urbanos e com dificuldade de acesso aos serviços públicos, como: saúde, educação, segurança, dentre outros. Ademais, o isolamento geográfico do espaço rural, como mencionado por Stoff et al. (2021), pode representar uma barreira no acesso às redes de apoio. Compreende-se, que essa limitação também ocorre aos serviços públicos de apoio e suporte em uma situação de violência.

Ao considerar o funcionamento dos serviços de saúde e a complexidade territorial vivenciada no cenário rural, destaca-se que a atuação dos ACS é fundamental na identificação e intervenção para os casos de violência, bem como disparadores do processo de cuidado quando esses fazem parte de uma rede bem estruturada de atendimento e enfrentamento da violência (Arboit et al., 2018). Em contrapartida, destaca-se que (como no cenário urbano) a vivência do ato violento pode não ser identificado pela mulher, devido a naturalização do mesmo ou, ainda, pela mulher não “saber” o que é e como identificá-lo (Lennon et al., 2021) devido ao comportamento social estar pautado nos fatores culturais muitas vezes vivenciados nesses espaços.

Neste contexto e considerando uma das UR destacadas, pode-se compreender que ao migrarem para área urbana, a mulher pode estar suscetível a diferentes tipos de violência e vulnerabilidades. Esse resultado corrobora com um estudo realizado na Colômbia, que observou a descrição de altos níveis de violência no seu território pelos participantes e também o deslocamento dos habitantes do campo para as cidades depois de vivenciar alguma situação

de violência (Lennon et al., 2020). Ademais, o mesmo estudo refere que este movimento geográfico pode ocasionar ou fortalecer, na região urbana, diferentes problemas sociais, econômicos, políticos e culturais, dentre eles a perpetuação do ato violento.

Ao considerar essa reflexão, compreende-se que o processo migratório em busca de melhores condições de vida e viver, acabam colocando a mulher em uma situação de vulnerabilidade e risco, como identificado na UR. Assim, este movimento não desempenha o papel “protetivo” para as situações de vulnerabilidades à violência, mas potencializa as fragilidades.

Também, conforme PNVS, compreende-se por vulnerabilidade as características de uma população ou território com maiores dificuldades em lidar/manejar os impactos que nele ocorrem, e os riscos pela probabilidade dos eventos adversos ou inesperados com impactos de/na saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Neste contexto, nota-se que a PNVS define dois importantes fatores relacionados diretamente nos casos de violência em um território. Também, dentro de suas diretrizes pondera-se ações como detectar, monitorar e responder às emergências em saúde pública (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Considerando a VCM como um problema de saúde pública e seu aumento de casos como um fator de emergência em saúde, compreende-se que tal violência encontra-se assistida por tal política e requer maior atenção dos serviços e profissionais de saúde.

Nesta pesquisa, também, ficam destacados os desafios de acesso e acolhimento às mulheres que sofrem com a violência, como a relação profissional - mulher, relações comportamentais, disponibilidade de serviços de saúde contínuo e vínculo entre profissional e mulher, e rede de apoio, atendimento e enfrentamento da violência.

A [mulher] rural vai sair de casa para ir aonde gente?! ... Não é ela que vai fazer serviço de banco, não é ela que vai na cooperativa faturar a soja. É o marido. Então para ela sair de casa, ela tem de dizer pra ele onde ela vai, “vou ir no posto, vou buscar remédio”[...] Às vezes falta a gente [profissional de saúde] dar abertura [para ela falar da violência] (mulher; branca; Enf.). URP8

E no rural... eu acho que não tem nem como ela escutar a mulher, por que é tanta gente dentro daquele posto [...] faz tudo num dia só e é tanta gente que ela não tem nem lugar, porque daí o lugar que ela faz a pré-consulta tem o agente comunitário de saúde, se ela levar [a mulher] para o ambulatório é pequeno. Daí já vão ficar perguntando ‘o que tu tava fazendo com aquela ali que tu demorou tanto’. Elas [as mulheres] nem vão [na unidade básica de saúde rural]. A não ser que elas venham para a cidade, porque lá [no rural] é muito difícil (mulher; branca; Enf.). URP4

E a gente não pode só orientar a mulher, a gente tem de orientar o homem também para ele saber que talvez aquilo que ele está fazendo é essa violência. Daqui a pouco isso na cabeça deles é um agrado (mulher; branca; Enf.). URP6

Ao considerar o enfrentamento da violência através da garantia de acesso das mulheres ao serviço de saúde e outros serviços públicos, Machado et al. (2014) constatou que os profissionais de saúde participantes de sua pesquisa buscam desenvolver estratégias de enfrentamento da violência na sua conduta profissional, porém há necessidade de melhorar a atuação de políticas públicas visando condições estruturais da sociedade, socioeconômica e autonomia das pessoas para o enfrentamento da violência e a garantia dos direitos humanos. Além disso, é fundamental para uma resposta adequada a esse enfrentamento e o suporte às mulheres que os serviços de saúde sejam acessíveis a populações e abrangentes no território, para que assim possam apoiar as mulheres nas suas demandas (World Health Organization, 2021a).

Neste contexto, durante o atendimento de saúde, o profissional precisa estar atento, pois a VCM não se caracteriza somente pelas marcas visíveis (hematoma, arranhões e ameaças graves), mas também por mensagens subliminares de controle, pequenos gestos, abusos físicos e emocionais, dentre outros (Brasil, 2005). Para além do exposto, faz-se necessário que o profissional de saúde identifique (e possibilite) que a APS seja vista pelas mulheres como um espaço de verbalização da violência para o atendimento, suporte e acesso ao serviço especializado ou rede de apoio, isso com o objetivo de enfrentamento para os casos de violência (Aguiar et al., 2023, Amarijo et al., 2021).

Como narrado pelos participantes desta pesquisa, compreende-se também a fragilidade na identificação dos casos de violência, por parte do profissional e das mulheres, principalmente quando o ato não é verbalizado pelas mulheres. Neste contexto, Schraiber et al. (2023) em seu estudo, ao buscar os profissionais de saúde da APS na atuação dos casos de violência sexual identificou diferentes respostas para o que se considera ato violento sexual no casal. Esse mesmo estudo apontou que alguns profissionais utilizam as consultas de rotina da mulher para abordar de forma indireta as questões relacionadas as relações sexuais e possibilidade de violência; outros profissionais, optam por perguntar de forma direta a mulher quando há suspeita de relações sexuais de forma forçada no casal; e outros profissionais, optaram por não intervir quando não se consegue definir a existência de VSPI (Schraiber et al., 2023).

Outro estudo, com mulheres sobreviventes da violência aponta que a maioria das mulheres pesquisadas compreende que a iniciativa do diálogo/verbalização sobre a VCM, deve partir dos profissionais de saúde, de forma direta e repetitiva, para que elas se sintam encorajadas a verbalizar o ato violento (Shaheen et al., 2020). Neste contexto, compreende-se

que a mulher, com contínuas queixas ou acesso aos serviços de saúde, pode estar buscando uma forma de verbalizar o ato violento ou buscar um ambiente seguro (na unidade de saúde) para ficar longe do agressor. Assim, cabe aos profissionais de saúde a sensibilização para a temática e o fortalecimento do vínculo entre profissional-usuário para que, nos casos de VCM, elas encontrem um ambiente acolhedor e seguro.

Considerando o exposto, observa-se a importância da participação da comunidade no reconhecimento de suas vulnerabilidades, principalmente para as mulheres que vivenciam diariamente a violência, e aos profissionais de saúde que em muitos momentos encontram-se nos principais serviços de acolhimento e atendimento às necessidades.

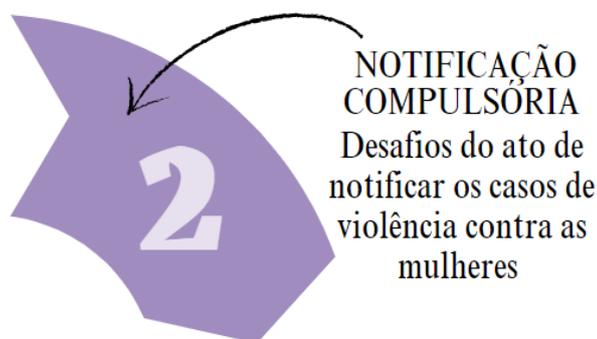
A participação da comunidade buscando sua autonomia, a organização e orientação dos serviços de saúde e o controle social são mencionados pela PNVS, bem como as práticas de saúde que assegurem a integralidade do cuidado e a APS como coordenadora do mesmo (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Nesta perspectiva, mesmo que as informações contidas na PNVS podem ocasionar diferentes interpretações, compreende-se que a mesma responde ou busca responder e estimular as ações voltadas para o controle, monitoramento e articulação dos serviços para enfrentar os casos de violência. Porém ainda faz-se necessário que as informações contidas na PNVS se aproximem da atuação nas práticas de saúde através dos profissionais e serviços.

Ademais, neste íterim, não se descarta a necessidade do fortalecimento de uma rede de apoio resolutiva para o atendimento e enfrentamento da violência visando a mudança de comportamento de homens e mulheres. Ainda, pode-se observar que os profissionais de saúde reconhecem o ato violento nos casos da VCM, porém os mesmos destacam a alta complexidade vivenciada nesse cenário e o desafio na atuação profissional no contexto.

Ao analisar as UR desta primeira CA, pode-se aferir que os profissionais de saúde sabem identificar a violência e suas diferentes formas de ocorrência, porém nos casos de maior complexidade ou “invisibilidade” os mesmos profissionais têm dificuldade de identificá-las ou apresentam dúvidas na forma de conduzir os VCM. Quanto aos espaços geográficos em que ocorrem, a noção é de que a violência rural é ainda mais difícil de se identificar e acompanhar quando comparada à urbana.

5.2.2.2 CA 2: Notificação compulsória: desafios do ato de notificar os casos de violência contra as mulheres

Figura 6 - Representação da segunda categoria analítica



Fonte: Elaborada pela autora a partir da imagem do fluxo de dados.

Nesta CA são apresentadas as UR relacionadas ao preenchimento da ficha de notificação de violência contra as mulheres urbanas e rurais, bem como as reflexões dos profissionais de saúde a partir desta temática. Nesta perspectiva, as UR mostraram que os profissionais de saúde reconhecem a existência da ficha de notificação, mas demonstram dúvidas quanto ao seu preenchimento e ao ato de notificar as situações de violência.

[No campo “Tipo de violência”] Eu botei física, psicológica/mora, tortura, financeira/economica porque provavelmente deve ta querendo o dinheiro dela, negligência/abandono por que ela já tem 70 anos. Isso aí [...] [explicado ao grupo que neste campo só pode ser marcado uma alternativa] a principal então [devo marcar]?! então física.[...] Só uma?! será?! ...pois o sistema [SINAN] permite [marcar mais de uma] [...] mas no momento [eu marco] a que prevaleceu no ato?! (mulher; branca; Enf.). URP4

Eu marquei vários [tipos de violência na ficha de notificação]... eu marquei física, psicológica por que não deixa de ser, e financeira [...] [explicação ao grupo: mas só podemos marcar uma] então seria física (mulher; branca; ACS). URP5

Eu vou colocar o que eu vejo ou o que ela [mulher] fala? [na autodeclaração de raça] (mulher; branca; Enf.). URP8

Um estudo de 2020, dentre seus resultados, observou que quando analisados a incompletude das variáveis da FN de violência, 22,4% das selecionadas não estavam preenchidas (Sousa et al., 2020). Precisa-se considerar que a incompletude da FN acaba por desqualificar esse instrumento, visto que os dados obtidos dele não correspondem à real situação do território (Müller; López, 2023). Podemos compreender que, quando o profissional de saúde tem dúvidas no preenchimento de um instrumento, o mesmo pode não o preencher ou ainda fazê-lo sem o devido cuidado necessário. Em ambos os casos, os dados selecionados

podem não corresponder à realidade vivenciada no território.

Vale destacar aos profissionais de saúde que o preenchimento da FN deve ocorrer de maneira cuidadosa, colhendo o máximo de informações para que a mesma corresponda a real situação de violência registrada e, para isso, faz-se necessário completar todos os campos da FN, sem a utilização da variável “ignorado” (Brasil, 2017b). Em contraponto e considerando as UR, pode-se aferir que se os profissionais têm dúvidas não esclarecidas quanto ao exercício desta atividade, assim compreende-se que dificilmente essa ferramenta será preenchida de forma correta e conforme priorizada. Ademais, as dúvidas quanto ao preenchimento da FN ou seu desconhecimento pelos profissionais de saúde é comumente identificada na prática profissional, conforme constatada nas UR desta pesquisa.

Para a adição de informações nos espaços corretos da FN e para possibilitar um instrumento de consulta rápida aos profissionais, destaca-se a existência do aplicativo de dispositivo móvel offline: “NotiVIVA”<sup>27</sup>. Este aplicativo, possibilita uma consulta rápida em algumas informações contidas do Manual Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada ao qual procura orientar seus leitores a notificação e preenchimento da FN (Brasil, 2016b). O NotiVIVA foi lançado em 2022 e tem como objetivo capacitar profissionais de saúde, educação e assistência social nas atividades profissionais voltadas para a atuação em situações de violência, dentre elas o preenchimento da FNI (Assessoria de Imprensa da Escola de Enfermagem da UFMG, 2022).

A utilização de diferentes dispositivos de consulta rápida pelos profissionais de saúde que facilitem o exercício da prática profissional podem e devem ser incorporados na rotina de trabalho, porém quando se considera o aplicativo, o mesmo não foi citado/mencionado pelos participantes desta pesquisa.

Ao considerar as UR desta pesquisa, observa-se que as dúvidas direcionam-se principalmente para o bloco “violência”<sup>28</sup> da FN. No estudo de Sousa et al. (2020), ao avaliar a qualidade do preenchimento das notificações no país no período de 2011 e 2014 relacionados a violência identificou a incompletude da maioria das variáveis contidas no campo ‘tipo de violência’ e ‘meio de agressão’ apresentava-se como “regular” o seu preenchimento. Desta forma, compreende-se que a identificação de dúvidas nas UR corrobora com o estudo no cenário nacional.

---

<sup>27</sup> Algumas imagens no aplicativo NotiVIVA são apresentadas no ANEXO B.

<sup>28</sup> Variáveis contidas no bloco da “Violência”: Campo 55: ‘Essa violência foi motivada por:’; Campo 56: ‘Tipo de violência’; e Campo 57: ‘Meio de agressão’. Estas informações também podem ser visualizadas na FN no ANEXO A.

Ademais, vale destacar que na PNVS, dentre suas articulações entre as vigilâncias, consta a unificação dos instrumentos de registros e notificação de doenças, agravos e eventos de interesses em comum (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Ademais, consta também a revisão da LNC a ser utilizada em todo território nacional (Brasil, 2014).

Compreende-se com a utilização de uma lista de notificação como um instrumento de notificação padronizado em todo território (Brasil, 2014), que as ações de vigilância em saúde estão buscando identificar e monitorar os agravos de saúde em todo território e seus registros de forma equivalentes para que assim, estes estejam próximos da real situação do território.

Porém, nessa perspectiva, as dúvidas encontradas nas unidades de registros não estão em consonância com as ações propostas pela PNVS, visto que os profissionais de saúde ainda apresentam dúvidas, inseguranças e resistência no ato notificador.

Nesse contexto, é importante destacar que a identificação ou suspeita da violência deve gerar a notificação, porém a prática dos serviços de saúde muitas vezes está distante dessa obrigatoriedade legal prevista na Portaria nº 1.271 de 2014 (Brasil, 2014), conforme identificado nas UR.

Eu acho que na verdade quando chega [usuário] a gente nem se toca [de notificar] e a gente se envolve ali com o caso da pessoa (mulher; branca; téc. Enf.). URP12.

Hoje eu me dei conta de quantas mulheres violentadas passaram por mim e eu não percebi. Até percebi, por que eu tentei resolver a situação, mas não notifiquei. Não deixei passar em branco a questão de acolher e... resolver, mas eu pensei muito em resolver (mulher; branca; Enf.). URP4

Bateu na quina do armário... porque geralmente eu me considero bem falha nisso, porque toda mulher suspeita [de violência] a gente tem que notificar (mulher; branca; Enf.). URP8

Não é o sentido de não identificar a situação da violência, é o sentido de não registrar, por que em todas as unidades, toda mulher que acessa o serviço em algum sofrimento, a demanda dela vai ser atendida (mulher; branca; Enf.). URP14

Ao considerar as UR, pode-se observar que os profissionais de saúde identificam barreiras nos serviços em que atuam para a identificação, atendimento e notificação dos casos de violência. Pode-se ter essa reflexão a partir da falta de registros (pela notificação) dos casos de violência, porém os encaminhamentos de atendimento à saúde foram sinalizados pelos profissionais da pesquisa.

Nesse contexto, um estudo com profissionais de saúde, dentre suas conclusões, identificou que a falta de privacidade e protocolos no atendimento de situações de violência comprometem a atuação profissional desses casos (Oliveira et al., 2021). Ademais, o mesmo

estudo refere que a maior parte dos profissionais têm dificuldades na prática clínica para os casos de VCM.

As dificuldades do atendimento clínico nos casos de VCM são complexas e, também, foram destacadas anteriormente neste relatório pelos estudos de Souza et al. (2018) referente a identificação e notificação dos casos, Cecilio e Reis (2018) relacionado ao atendimento e desafios na APS, e Lennon et al. (2021) sobre os contextos que a violência é vivenciada. Reconhece-se que a violência é multifatorial e pode ser agravada por situações culturais e vivenciais, porém a necessidade de uma rede de atendimento fortalecida pode auxiliar o atendimento dos profissionais de saúde.

Neste pressuposto, ao considerar os desafios da prática clínica nos cabe, como profissionais, questionar se as referidas dificuldades ou o olhar biomédico não nos direciona a fortalecer a invisibilidade da violência ou das mulheres quando a mesma não é identificada ou registrada como preconizada. Nesse contexto, destaca-se que a identificação da violência perpassa um núcleo profissional, visto que as mesmas devem ser identificadas e registradas no primeiro atendimento de saúde.

Ao considerar a PNVS, vale destacar que nela consta a implementação na RAS pública e privada a realização da notificação das doenças e agravos de saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Através dessa premissa, esta autora, compreende que a notificação precisa ser realizada em diferentes serviços de saúde, visto que a mesma não permite a interpretação de outra forma.

Ademais vale destacar que as UR desta reflexão, complementam-se com as UR da reflexão anterior, nas quais pode-se identificar uma fragilidade importante no ato notificador relacionado ao comportamento profissional dentro das unidades notificadoras. Entretanto, compreendendo que a responsabilidade da notificação perpassa os demais serviços e gestão, ainda não identifica-se nas UR o real impacto da subnotificação no território.

Dentre as orientações propostas pelo MS, uma delas está na proteção e responsabilização dos dados contidos na notificação de violência, desta forma, não é indicado que seja feito cópia da ficha de notificação para realizar o encaminhamento do atendimento para outros serviços visto que isso identifica o profissional e o serviço onde foi realizado a notificação (Brasil, 2017b). Compreende-se a partir do exposto que esta é uma medida de proteção dos profissionais de saúde e as mesmas informações podem ser repassadas de forma resumida em um encaminhamento.

Os profissionais ainda demonstraram dúvidas e inseguranças referente a quando deve-se realizar a notificação, mesmo com a identificação de uma situação de violência.

Porque se eu tenho que notificar suspeita e a paciente vai de joelho dizer que não aconteceu [a violência]?! Eu vou notificar porque a vizinhança está dizendo [que aconteceu a violência]?! (mulher; branca; Enf.). URP8

Eu acho que a nossa função é orientar mesmo. Às vezes pode estar na tua frente a pessoa... negando e você orienta ela de qualquer forma sobre a violência, mas como tu vai notificar uma coisa que a pessoa tá dizendo que não foi? (mulher; branca; Enf.). URP6

Eu posso notificar independente se a pessoa quer?... eu tenho que registrar?! [...] Se suspeitou pode ter a notificação? por que tem o medo do profissional e de [ele] não saber também (mulher; branca; téc. Enf.). URP12

[...] Se eu suspeitar [que aconteceu a violência] eu tenho que notificar e não só se eu tiver a confirmação. E a gente muitas vezes não notifica nem a confirmação... a notificação feita por mim, não sou só eu que vou ver (mulher; branca; Enf.). URP8

Nas UR, identificou-se fragilidades no conhecimento dos profissionais quanto ao ato de notificar e ao conhecimento da legislação vigente em território nacional orientadora da notificação. Nesse pressuposto, vale considerar que o Manual Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada, aponta que a notificação é uma obrigação institucional; ou seja, cabe às instituições de saúde e aos membros que à compõem (gestão, serviços de saúde e profissionais, dentre outros) organizarem-se para a realização da notificação (Brasil, 2016b). Assim, os gestores no nível local precisam planejar e instituir estratégias que possibilitem a notificação, de forma humanizada, com suporte e proteção aos profissionais de saúde (Brasil, 2017b).

Ainda, a Lei nº 10.778 de 2003 estabelece a notificação compulsória da VCM em todo o território nacional, independente se o atendimento ocorrerá no serviço público ou privado (Brasil, 2003) e a Lei nº 13.931 de 2019 inclui na lei anterior, que as notificações de saúde devem ocorrer em casos de indícios/suspeita ou confirmação da violência, também o mesmo deve ocorrer às autoridades policial em um período de até 24 horas (Brasil, 2019d). Ao considerar a legislação com as UR desta categoria de análise, subentende-se que as ações de saúde encontram-se distantes das orientações e legislações registradas e vigentes em território nacional.

Como estratégia de aproximação, pode-se considerar que ao abordar a temática da violência como algo intrínseco na atuação profissional dentro dos serviços de saúde, acaba-se por fortalecer as ações voltadas para as políticas públicas de saúde em território nacional (Batista; Schraiber; D'oliveira, 2018).

Ademais, a Portaria nº 104 de 2011 refere-se no Artigo 7º que a notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde no exercício de sua profissão, incluindo neste rol

de notificadores os responsáveis por serviços de saúde e ensino (Brasil, 2011c) e a Portaria nº 1.271 de 2014 destaca no seu Artigo 3º que a NC é “obrigatória para médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente” (Brasil, 2014). Enquanto o aplicativo e guia de consulta rápida: NotiVIVA, refere-se que podem notificar uma situação de violência profissionais que atuam nas unidades de saúde, assistência social, educação, Conselho tutelar e centros de atendimento à mulher, dentre outros (Assessoria de Imprensa da Escola de Enfermagem da UFMG, 2022; Brasil, 2016b). Assim, compreende-se que a notificação de uma situação de VCM, como as demais violências, é obrigatória (Brasil, 2014) e a mesma compõem um rol de ações que encontra-se intrínseco à atuação profissional em saúde, bem como o registro adequado de atividades desenvolvidas e identificadas em atendimento. Logo, a mulher não precisa autorizar o preenchimento da notificação e o profissional de saúde não precisa informar que a mesma será realizada.

Um estudo de 2018, ao abordar a atitude de profissionais de saúde em casos suspeitos e confirmados de violência, identificou entre os entrevistados 60,2% (n=264) suspeitou de alguma situação de VCM durante algum atendimento (Souza et al., 2018). O mesmo estudo, quando apresenta o quantitativo dos entrevistados que tiveram alguma atitude nos casos de VCM observa-se que 45,8% dos profissionais abordaram a questão frente uma suspeita e 62,4% em relação aos casos confirmados. Em contrapartida, dos mesmos profissionais 22% notificou o caso de suspeita de violência, enquanto 30,2% notificaram os casos confirmados.

Nessa perspectiva, e considerando as UR, percebe-se a fragilidade e a complexidade que permeia a notificação de VCM. Reforça-se que o profissional deve sempre notificar uma situação de violência em caso de suspeita ou confirmação, além de oferecer o atendimento necessário às demandas do usuário.

O trabalho profissional no atendimento a uma situação de violência é disparador do processo de cuidado, além de contribuir para o fortalecimento da vigilância em saúde e para a proteção das mulheres e seus familiares através da visibilidade do ato violento (Brasil, 2017b). Também, a investigação<sup>29</sup> de um caso de violência ocorre de forma multiprofissional e a suspeita do mesmo não precisa/deve, obrigatoriamente, partir somente do enfermeiro (como foi observada em algumas UR deste trabalho), mas sim de toda a equipe de atuação do serviço de saúde ou com profissionais de saúde ao qual a mulher recorrer.

A Portaria nº 104 também veta aos gestores estaduais e municipais a exclusão de

---

<sup>29</sup> Nota da autora: compreende-se por “investigação” a confirmação da situação de violência pelo serviço de saúde, ao qual difere-se da investigação policial, conforme descrito/apresentado no capítulo de conceitos deste trabalho.

qualquer item que conste na LNC<sup>30</sup> de doenças e agravos de notificação, porém permite que os mesmos incluam outros itens a serem notificados de importância epidemiológica local (Brasil, 2011c). Logo, a violência doméstica, sexual e/ou outras violências não pode deixar de ser notificada.

Cabe destacar que o ato notificador está respaldado pela legislação. E, até o momento da finalização deste trabalho, não foi encontrada nenhuma orientação ou legislação que preveja a subnotificação sob qualquer aspecto.

Com destaque às características de construção do conhecimento proporcionada pelo GF, ressalta-se que os profissionais de saúde, no decorrer da coleta de dados qualitativa, identificam-se como vigilantes em saúde e responsáveis pelas notificações de violência, também na responsabilidade de outros serviços e setores de saúde. Assim, acredita-se que o GF, além de coleta de dados, contribuiu para a reflexões das práticas de saúde e, possivelmente, a compreensão do ato notificador.

Um estudo realizado em Portugal sobre o conhecimento e atitudes de enfermeiros de urgência frente a VCM, dentre as conclusões identificou que o profissional de saúde tem um papel fundamental na identificação do ato violento e encaminhamento das mulheres (Oliveira et al., 2021). Em outro estudo, também se identifica que os profissionais de saúde, com destaque aos enfermeiros, têm maior contato com as mulheres e devido a isso é importante prepará-los para identificação e um possível atendimento a VCM ou VPI (Ferreiros; Clemente, 2023). Essas premissas aplicam-se ao território nacional, visto que diferentes estudos apontam que os profissionais de saúde que atuam na APS são o primeiro contato das mulheres em situação de violência (Aguiar et al., 2023; Arboit et al., 2018).

Nos estudos de Batista, Schraiber e D'oliveira (2018) concluiu-se que dentre os pesquisados foram poucos os gestores de serviços de saúde que compreendem que a elaboração de ações para o enfrentamento da VCM está intrínseco a gestão de saúde, bem como o conhecimento de normas, leis e protocolos de atuação sobre a temática. Compreende-se que esses resultados são preocupantes, visto que a gestão responsabiliza-se também pela complementação ou capacitação dos profissionais e gerenciamento das atividades na APS.

Destaca-se que o papel da gestão e gestão do trabalho para a realização das ações em saúde, encontra-se também descritos na PNVS a qual faz referência ao desenvolvimento e educação permanente voltados para a qualificação e capacitação das equipes em vigilância em saúde, através da incorporação de conteúdos específicos e de interesse comuns (Conselho

---

<sup>30</sup> A LNC pode ser consultada no link:  
<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/anexo/anexo\\_prt1271\\_06\\_06\\_2014.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/anexo/anexo_prt1271_06_06_2014.pdf)>.

Nacional de Saúde, 2018). Ademais, vale retomar que a notificação de situações de violência são parte da atuação da VS, porém suas ações e abrangência retomam ações de identificação, registro, análise epidemiológica, monitoramento e estratégias de enfrentamento de situações e agravos de saúde.

Nesse contexto, os serviços de saúde têm papel fundamental para trabalhar com a população questões de gênero e violência, porém a constante mudança de profissionais da APS e da gestão compromete a implementação de estratégias a médio e longo prazo (Saletti-Cuesta et al., 2020). Nessa perspectiva, compreende-se que quando as ações voltadas para a atuação profissional como notificadores de saúde precisam ser desenvolvidas em toda rede de atuação com estratégias e metas bem definidas, a curto, médio e longo prazo, isso de forma a fortalecer a rede de cuidado e a resposta às demandas de saúde da população.

Assim, compreende-se também que o registro do atendimento ao ato violento em prontuário e na ficha de notificação gera dados que respaldam a atuação dos profissionais, dos serviços de gestão e gerenciamento em saúde para a tomada de decisão, bem como possibilita a cobrança de melhores condições de serviço da APS para a gestão (Lima; Deslandes, 2015). Ademais, o reconhecimento que existem outros serviços - além da gestão - com atuação de profissionais de saúde que podem realizar a notificação compulsória ou contribuir para a implementação de políticas públicas que fortaleçam esse ato, bem como contribui potencializando a rede de atendimento e resposta, além aproximar os dados da realidade vivenciada nos territórios (Batista; Schraiber; D'oliveira, 2018) indo ao encontro ao que consta descrito e almejado pela PNVS.

Os serviços de saúde que compõem a rede de atendimento são conhecidos como unidades notificadoras. O profissional de saúde quando atuando nessas unidades têm importante papel quanto o processo de identificação, notificação e monitoramento dos casos de vigilância em saúde, como foi destacado e discutido no decorrer desta CA e da anterior. Ademais, as ações de vigilância em saúde e o monitoramento dos casos notificados quando transformados em informações de saúde podem orientar as estratégias e funcionamentos do serviço de saúde visto que auxilia no monitoramento comportamental de um território ou determinada população (Arreaza; Moraes, 2010). Assim, auxilia no desenvolvimento de estratégias que podem minimizar ou findar com um fator/situação de adoecimento.

Nas próximas UR os profissionais de saúde identificam as demais unidades de saúde com potencialidades para a notificação.

Pois isso que os dados não fecham [...] a gente identificou que eles [IML] não

notificaram [...] (mulher; branca; Enf.). URP14

Então eu penso que todos que estão envolvidos com a rede [de saúde] possam ser notificadores (mulher; branca; ACS). URP5

Não existe notificação da parte da assistência e da parte do Conselho Tutelar e eles trabalham com isso (mulher; branca; Enf.). URP14

Nas UR, os profissionais de saúde identificaram outros serviços que atendem às mulheres em situação de violência, dentre eles estão: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho tutelar, Delegacia de Polícia (DP) e Instituto Médico Legal (IML). Os profissionais desta pesquisa referem-se a estes locais como possíveis unidades notificadoras e isso pode demonstrar o desconhecimento ou a fragilidade da interpretação legal quanto às unidades notificadoras e profissionais de saúde que podem realizar a notificação.

O serviço CRAS caracteriza-se por uma unidade em que é prestada assistência de proteção básica aos indivíduos, em situação de vulnerabilidade e risco social, também se identifica como uma unidade de acesso à rede de proteção social (Brasil, 2009c).

Quanto à formação dos profissionais que atuam no CRAS estão assistente social, psicólogo e, no caso de unidades maiores, a equipe também é composta por mais um profissional de nível superior que compõem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Brasil, 2009c). Complementando a rede de cuidado em assistência social, o CREAS caracteriza-se por ser uma unidade de atendimento às pessoas e famílias em situação de rua ou com direitos violados, situação de risco pessoal ou social (Brasil, 2011d; Brasil, 2019e).

Quando se retoma os profissionais que atuam no CRAS e CREAS, precisa-se considerar a Resolução nº17 de 2011 ao qual reconhece as categorias profissionais de nível superior que atuam dentro dos serviços socioassistenciais do SUAS (Conselho Nacional de Assistência Social, 2011). Dentre os profissionais abordados nesta resolução estão: Antropólogo; Economista Doméstico; Pedagogo; Sociólogo; Terapeuta ocupacional e Musicoterapeuta para os serviços socioassistenciais; e para compor a gestão do SUAS: Assistente Social, Psicólogo, Advogado, Administrador, Antropólogo, Contador, Economista, Economista, Doméstico, Pedagogo, Sociólogo e Terapeuta ocupacional. Destaca-se que a resolução aborda a preferência por esses núcleos profissionais, assim entende-se que em caso de necessidade podem ser incluídos outros profissionais de diferentes formações para o atendimento (Brasil, 2011c; Conselho Nacional de Assistência Social, 2011).

Quanto ao serviço do Conselho tutelar, criado pelo ECA, o mesmo tem a função de garantir através de suas ações que os direitos da criança e do adolescente sejam respeitados

(Brasil, 2023a). Também, o serviço pode realizar o encaminhamento das crianças e adolescentes aos pais ou responsável, acompanhamento nas unidades de ensino, inclusão em serviços e programas de auxílio e acompanhamento médico e psicológico, dentre outras funções (Brasil, 2017a; Brasil, 2023a). Não foram encontrados indicativos de formação mínima para os conselheiros tutelares em território nacional, apenas que algumas regiões podem definir critérios mínimos aos candidatos e que os mesmos são eleitos pela população.

Os serviços de segurança pública, dentre eles as Delegacias de polícia ou as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), tem por objetivo nos casos de atendimento de VCM garantir ambiente adequado, humanizado e seguro para que elas possam denunciar os crimes ao qual foram submetidas (Souza; Santana; Martins, 2018). Também, a Lei Maria da Penha assegura à mulher condições de direito à vida e segurança, dentre outros, bem como garantir a proteção policial e acompanhamento da mulher (Brasil, 2006).

Ademais, os serviços de segurança precisam dar o encaminhamento na investigação de crime e comunicar a ocorrência ao ministério público, além de auxiliar as mulheres em situação de violência levando-as a um serviço de saúde ou ao Instituto Médico Legal (IML) para realizar os exames de acordo com cada violência, bem como acompanhá-las a um local seguro quando há risco de morte (Brasil, 2006; Souza; Santana; Martins, 2018). Nesta perspectiva, compreende-se que os profissionais de saúde dentro do serviço de segurança estariam no IML ou nos serviços de saúde que a mulher seria encaminhada, logo, o serviço de segurança público (serviços de polícia e DP) não podem ser considerados como uma unidade notificadora de saúde, porém os encaminhamentos que passam por profissionais de saúde, a legislação reforça a obrigatoriedade da notificação.

Ao considerar as UR com as reflexões apresentadas, observa-se que alguns serviços ao qual as mulheres recorrem em uma situação de violência têm a atuação de profissionais de saúde e não são notificadas ou encaminhadas adequadamente. Assim, reforça-se a responsabilidade institucional da realização da notificação da violência em caso de suspeita ou confirmação do ato violento (Brasil, 2016b) e a Portaria nº104 de 2011 referente à obrigatoriedade da notificação para profissionais de saúde no exercício de sua função (Brasil, 2011c).

A Resolução Nº 218 de 1997 reconhece como profissionais de saúde de nível superior as categorias de assistente social, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogo (cirurgião dentista), psicólogos e terapeutas ocupacionais (Brasil, 1997a). Porém, não foram encontradas legislações ou instrumentos que deixem claro o que se compreende por

profissionais de saúde de forma padronizada, cabendo diferentes interpretações a depender de seus leitores. Ao considerar isto, para este trabalho, compreendemos que profissionais de saúde são aqueles que atuam em uma profissão relacionada ao bem-estar físico, social, mental, espiritual e social de outro, logo, a unidade notificadora, refere-se aos serviços de saúde que podem (e devem) realizar a notificação compulsória, conforme preconizado na legislação em território nacional.

Assim, observa-se a relação das reflexões quanto a funcionalidade dos serviços de saúde e as UR que apontam os diferentes locais de notificação ou alguns deles. Destaca-se que a rede de assistência em saúde pode ser composta por diferentes serviços e formas de atendimento, reforçando a ideia de intersetorialidade e serviços complementares.

Com isso, a notificação das situações de violência contribuem também para proteger e garantir os direitos das mulheres nessa situação, bem como nas estratégias de promoção da saúde e cultura da paz, e enfrentamento da violência (Brasil, 2017b).

Ademais, neste contexto, a PNVS não deixa claro a diferença entre profissionais de saúde e trabalhadores de saúde, ou se ambos são assumidos com o mesmo significado. Nesta perspectiva e a depender das diferentes interpretações, encontra-se uma lacuna na legislação quanto à obrigatoriedade da notificação para os profissionais de saúde ou os trabalhadores de saúde, ou ainda aos profissionais de saúde que trabalham na saúde. Também, vale destacar que os ACS têm importante papel de aproximação entre as unidades de saúde e os indivíduos do território, mas somente em 2023, com a Lei nº 14.536, esses profissionais juntamente com os Agentes de Combate às endemias são considerados como profissionais de saúde e uma profissão regulamentada (Brasil, 2023b). Considerando a legislação exposta, os ACS, por serem profissionais de saúde e trabalharem na APS, poderiam realizar a notificação da VCM, mas não foi encontrada nenhuma legislação que respalde o ato notificador para os ACS.

Neste trabalho, compreendemos que a mulher em situação de violência precisa ser assistida, independente do serviço que ela recorrer. E o atendimento e os registros de saúde precisam ser realizados de forma ética, respeitosa e responsável para que se consiga monitorar os casos de violência no território.

Nessa perspectiva, destaca-se que a PNVS define no seu Art. 6 (VII) a Linha de cuidado (LC) como uma “[...] articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde[...].” (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Ao considerar o exposto, observa-se que tal premissa permite a inserção de outros serviços (fora do rol de serviços de saúde) a compor a linha de cuidado, considerando que estes têm impacto na produção ou recuperação de saúde. Assim os serviços

de segurança pública, assistência social e demais serviços da rede podem responsabilizar-se pelo atendimento da mulher quando estiverem compondo uma linha de cuidado da saúde da mulher ou enfrentamento da violência<sup>31</sup>. Porém, destaca-se as dúvidas quanto à responsabilidade do ato notificador entre profissionais de saúde ou trabalhadores de saúde.

Mesmo com essas dúvidas, os profissionais de saúde também conceberam a notificação como uma prática fundamental no fluxo de dados e ações de mudança no enfrentamento da violência, no entanto ainda reconhecem que a mesma não acontece como rotina devido a outras demandas, entendidas por eles como prioritárias nos serviços, incluindo o atendimento dos casos de violência e encaminhamento. Além disso, a falta de recursos humanos nas unidades de saúde também é uma justificativa para não notificar.

Eu acho que os dados do SINAN e os [dados] da polícia já dizem que: ou ela não procurou o serviço de saúde, ou a gente deixou de notificar [...] por que se ela [mulher] procurou a polícia, ela [mulher] disse que era violência [para polícia] (mulher; branca; Enf.). URP8

As pessoas, elas não vão até o hospital se não for uma lesão física, então a gente já perde [a notificação] naquela parte da unidade de saúde e unidade básica (homem; branco; Enf.). URP1

É muito reduzido no caso, como a gente não notifica, então acaba ficando poucos casos [identificados de violência] (mulher; branca; téc. Enf.). URP3

Como já foi apresentado neste trabalho, observado pelos profissionais durante os GF e identificado nas UR: a notificação de saúde é o início de um complexo fluxo de dados e geradores de informações de saúde que tem, dentre seus objetivos, atuar como uma ferramenta de respaldo para o planejamento na micro e macro<sup>32</sup> gestão de uma rede de saúde.

Conhecer os dados da violência em um território pode auxiliar a elencar prioridades de atuação em saúde e captação de recursos para fortalecimento da rede de atendimento à violência (Brasil, 2017b) e a construção de uma LC. Nesta perspectiva e como identificado nas UR, a notificação é importante para desencadear um processo de melhoramento na rede através da visibilidade dos casos de violência em um território e, conseqüentemente, no próprio atendimento das unidades notificadoras, pois o registro do aumento dos casos de notificação “sinaliza” aos serviços geracionais locais/regionais, estaduais e federais a necessidade de fortalecimento de políticas públicas para os casos de enfrentamento da violência e notificação de saúde (Brasil, 2017b). Ademais, vale destacar que quando ocorre uma ruptura entre os

---

<sup>31</sup> Nota da autora: considerou-se somente estas duas linhas pela aproximação com as reflexões deste trabalho.

<sup>32</sup> Nota do autor: Neste momento considera-se a APS e serviços de porta de entrada no serviço de saúde e unidades notificadoras como micro gestão, e os serviços administrativos (como a SMS) como macrogestão.

serviços de saúde (municipal, estadual ou federal) também há um impacto direto na disponibilidade dos dados epidemiológicos de uma região ou agravo de saúde (Villela; Gomes, 2022).

Destaca-se que o ato de notificar uma situação de violência precisa perpassar a identificação da violência, ademais esse importante processo, além de complexo, pode apresentar-se como um desafio aos serviços que a mulher procura, visto que ainda ocorre uma invisibilidade da VCM pelos profissionais de saúde e pelas mulheres como melhor abordado na CA anterior.

Assim, o profissional de saúde tem papel fundamental de cuidado e proteção da mulher e seus familiares, bem como no monitoramento e enfrentamento da violência, além de acolher a mulher adequadamente e a violência de forma que essa seja identificada, registrada, notificada e encaminhada de forma correta em tempo hábil (Brasil, 2017b). Ao realizar esses caminhos, pode-se considerar que o profissional de saúde está atuando de acordo com o preconizado na PNVS (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Vale considerar que os serviços ao qual a mulher recorre precisam estar aptos para esse atendimento e o acolhimento da mulher e de seu agressor, logo, subentende-se que a temática da VCM precisa ser abordada com os profissionais previamente e de forma contínua, visando fortalecer os profissionais com o conhecimento necessário (Ferreiros; Clemente, 2023).

Considerando o exposto, sabe-se que esse é um grande desafio da rede de atendimento à mulher em situação de violência, visto que diferentes serviços (como a assistência psicossocial, policial e jurídica) também carecem de capacitação frente a temática, além da compreensão da complexidade de cada atendimento e possibilidades de encaminhamento (Aguiar; D'Oliveira; Schraiber, 2020). Ainda, ressalta-se que o comportamento profissional impacta diretamente no atendimento e acolhimento das mulheres e no seu retorno (ou não) ao serviço público ou para buscar ajuda.

Nesta perspectiva, compreende-se que uma rede fortalecida pode oferecer condições necessárias de enfrentamento para as situações de violência a mulher e seu agressor, mas também precisa oferecer condições de trabalho dignas aos profissionais através de capacitações, estrutura e suporte (pessoal e profissional) para fortalecimento do processo de trabalho, bem como, criar condições de trabalho ao qual o profissional de saúde não seja/esteja exposto a violência por parte do usuário e seus familiares/acompanhantes (Sturbelle et al., 2019).

Neste contexto, ainda se compreende que os serviços de saúde (e os órgãos responsáveis) precisam proteger seus trabalhadores para que os mesmos consigam exercer a atividade profissional com maestria, garantindo em seus atendimentos a ética necessária, o

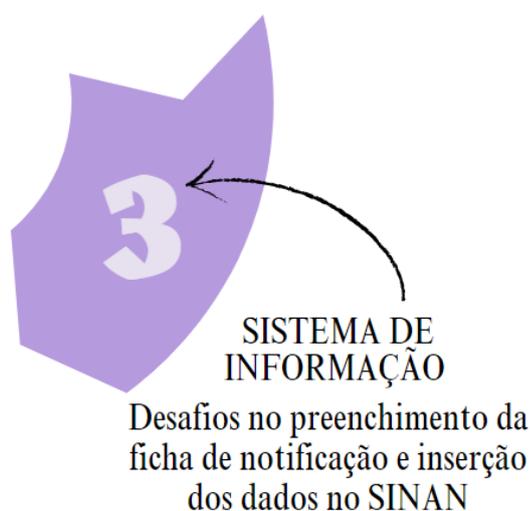
acolhimento, a humanização, o encaminhamento, o registro e a notificação (Brasil, 2017b; Sturbelle et al., 2019). Esses aspectos, também, constam na PNVS ao qual destaca-se como uma política pública essencial do SUS, com caráter universal, transversal e orientador no território, no qual os serviços/ações de vigilância devem ocorrer em todos os pontos da RAS, nos serviços públicos e privados (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Subentende-se, ao considerar as UR e as reflexões, que os profissionais desta pesquisa compreendem (ou compreenderam) seu papel no ato notificador, bem como a importância do mesmo.

Compreende-se com o exposto que os profissionais de saúde da pesquisa apresentaram dúvidas no preenchimento da FN, bem como do impacto e ações disparadoras deste instrumento. Ademais, por eles fica reconhecida a obrigatoriedade legal do ato notificador aos profissionais de saúde, porém o mesmo não foi compreendido como uma garantia que a notificação irá ocorrer nos casos de suspeita ou confirmação de VCM.

### 5.2.2.3 CA 3: Sistema de Informação: Desafios no preenchimento da ficha de notificação e inserção dos dados no SINAN

Figura 7 - Representação da terceira categoria analítica



Fonte: Elaborada pela autora a partir da imagem do fluxo de dados.

As UR desta categoria referem-se à qualificação dos dados contidos da FN com

destaque para o preenchimento correto, e a inserção dos dados no sistema SINAN, posteriormente. Neste contexto as UR mostram o conhecimento da existência do referido sistema, porém salientam os desafios apresentados ao trabalhar e atualizar o mesmo.

Eu estou percebendo... que essa ‘burocratização’ vem com a época da digitalização, porque a gente vê hoje que todo mundo tem celular na mão mas não era assim [no passado], então a gente [profissional de saúde] está aprendendo a lidar com essas novas tecnologias, porém elas não estão se comunicando corretamente [o sistema de informação] e não estão acompanhando esse progresso. Eu vejo, lançando os dados [do/no SINAN], que poderia ser muito otimizado [o tempo e o sistema de informação]. Na hora de abrir uma ficha [de notificação]... já poderia fazer com os dados corretos e ir gerando os indicadores (homem; branco; Enf.). URP1

Eu acho um sistema muito “burro”. Preenchê-la na mão [a ficha de notificação], manual e encaminha para a vigilância. Olha o tempo e desperdício de profissional. [...]Eu vejo que... ocupa muito mais tempo colocando no sistema [SINAN] do que analisando dados (mulher; branca; Enf.). URP14

A gente tem que fazer no papel [a notificação], passar para o computador e tem sido ‘burocratização’ só que esses recursos deveriam vir lá de cima [Estadual e Federal] que tem as teorias e tudo da administração, e a gente que está na ponta [unidades notificadoras] é que deveria falar: “é assim”, “se fizer assim vai ser melhor” (homem; branco; Enf.). URP1

As UR demonstram que os profissionais de saúde da pesquisa conhecem o sistema de informação (SINAN) e as fichas de notificação da violência (e outras FN compulsória), bem como atualizam esse sistema. Porém, os mesmos profissionais, descrevem os desafios de trabalhar com as notificações, a responsabilidade pela atualização do sistema e verbalizam estratégias que poderiam otimizar o tempo de preenchimento da notificação, o fluxo de atualização de sistema e o desempenho profissional.

Mesmo não mencionando o SINAN, a PNVS refere-se à existência/necessidade de sistemas de informações integrados, sendo que através destes se poderia coletar dados, consolidá-los, analisá-los, gerar relatórios e disseminar as informações de saúde visando o aprimoramento e consolidação da VS em um território em tempo hábil (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Ao considerar o exposto e as leituras sobre a temática, compreende-se que o referido sistema é o SINAN para os casos de agravos de notificação compulsória como a violência.

Ademais, a complexidade abordada nas UR, vem de encontro do fluxo apresentado no material do Viva. Neste instrumento, encontra-se descrito que as unidades de saúde (compreende-se como portas de entrada do serviço de saúde) devem preencher de forma contínua as notificações de violência, quando as mesmas são identificadas, e após as FN seriam encaminhadas a SMS para a digitação no sistema SINAN, análise dos dados e envio aos

sistemas estadual e federal (Brasil, 2016b).

Nesse contexto, complementa-se que os profissionais de saúde, dentre outros profissionais e serviços que podem realizar a notificação, são importantes ferramentas na identificação, registro e visibilidade das violências em território de forma que contribuem potencialmente na atualização dos dados epidemiológicos no SINAN (Garbin et. al, 2015; Gaspar; Pereira, 2018).

Vale considerar que as UR apresentam desafios quanto a utilização do SINAN, a limitação do sistema e sua falta de atualização, porém tais argumentos não inviabilizam sua utilização como importante fonte de dados epidemiológicos.

Vale destacar, ainda, que a Secretaria Estadual da Saúde do Estado do RS possui uma apresentação de dados públicos e de livre acesso<sup>33</sup>. Nesta referida página, também conhecida como ‘PortalBi Saúde’<sup>34</sup>, são apresentados dados coletados de violência interpessoal pelo SINAN e dados de suicídio pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), apresentando um panorama estadual das duas bases de dados (Rio Grande do Sul, 2024a). A menção destes dados ou página de apresentação de dados não foi identificada durante a pesquisa pelas UR.

Além disso, não pode descartar-se a possibilidade que os profissionais de saúde podem munir-se das fragilidades registradas nas UR para não notificar ou deixar o processo de notificação como uma ação secundária ao serviço do profissional, indo contra ao que está preconizado na legislação (quanto a obrigatoriedade da notificação) (Brasil, 2011c) e na PNVS (quanto a implementação das ações de VS nas práticas de saúde) (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Ademais, vale destacar que o SUS tem instituído um sistema de coleta e monitoramento de dados relacionados a violência (SINAN), ao qual faz-se necessário fortalecê-lo para sua ampla utilização na RAS e não incentivar/estimular o desenvolvimento de sistemas paralelos que desempenham a mesma função. Compreende-se que esses sistemas paralelos acabam por fragilizar o banco de dados do SINAN (referente à atualização dos dados) e sobrecarregar os profissionais de saúde com o retrabalho (Villela; Gomes, 2022).

Nesse contexto, compreende-se que a melhora e o uso contínuo do sistema de notificação e registro de dados (SINAN) pode auxiliar no desempenho e no ato notificador

---

<sup>33</sup> Link de acesso:

<[http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_Viol%C3%Aancia](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_Viol%C3%Aancia)>.

<sup>34</sup> O portal permite que sejam utilizados ‘filtros de buscas’ para seleção da informação e construção de uma série histórica das notificações. Podem ser utilizados filtros relacionados ao ano, mês, localidade, sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, local de ocorrência e tipo da violência (Rio Grande do Sul, 2024a).

dos profissionais de saúde, além de dar visibilidade às situações de violência e a complexidade das mesmas.

Indo ao encontro do preconizado pela PNVS (Conselho Nacional de Saúde, 2018), Souza et al. (2018) abordam que os gestores têm um importante papel no planejamento e implementação de políticas públicas, além de proporcionar condições e recursos para os serviços e profissionais de saúde desempenharem suas funções. Vale destacar ainda, que a RAS e seus profissionais precisam incorporar as ações de VS nas suas práticas em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Dentre os desafios enfrentados pelos profissionais deste estudo, observa-se nas UR a dificuldade na atualização dos dados no SINAN, considerados próprios do programa. Os participantes do estudo sinalizam condições que poderiam facilitar a inserção das informações no sistema como por exemplo: acesso online para todos os profissionais e maior precisão dos campos no preenchimento dos dados relacionados, principalmente à ocupação e Classificação Internacional de Doenças (CID).

É delicado [colocar os dados no sistema] porque a secretaria [de saúde] deveria ter um digitador para isso, mas a gente não dispõe. Eu já recebi um estagiário que eu não passei certas fichas [de notificação] para digitar. Imagina uma pessoa do ensino médio recebendo lá [a ficha de notificação] de quem tem AIDS, quem sofreu a violência e a descrição. Como é que você vai passar para essa pessoa que não tem nem maturidade suficiente [...] e nem ética (mulher; branca; Enf.). URP14

O SINAN é muito falho,... o SINAN como todo... Como sistema, ele não te dá possibilidade... na questão da profissão. Na questão da própria notificação de saúde do trabalhador ele não dá abertura para colocar o que realmente o 'fulano' [referente ao usuário notificado] faz ou o que ele teve, é muito restrito ali ao CID das doenças. A ficha [de notificação] mesmo em si [...] leva horas procurando a profissão... por exemplo 'veterinário' você não acha [no CBO] como veterinário [...] na busca ele não aparece, você tem de colocar o que mais se assemelha (mulher; branca; Enf.). URP4

O que também é um problema, ... a ocupação ele [SINAN] busca por CBO e não tem aquele CBO,... a orientação da coordenadoria [regional de saúde] é para vermos o que é mais próximo, mas as vezes não têm mais próximo. Está muito desatualizado (mulher; branca; Enf.). URP14

Como pode ser observado nas UR, os desafios de preenchimento ocorrem também na inserção dos dados no sistema (SINAN), quando os profissionais de saúde não dispõem de tempo ou profissional qualificado para a digitação do mesmo ou não são profissionais de saúde. Quando os dados são digitados por profissionais de saúde, considera-se que os mesmos estariam resguardados via código de ética profissional.

A FN da violência carrega consigo o respaldo legal de proteção à mulher e ao profissional que registrou as informações no documento. Destaca-se que os dados do

profissional não são colocados no sistema SINAN e, em casos de encaminhamento para outros serviços de saúde, recomenda-se que a mesma não seja enviada (Brasil, 2017b). Também, orienta-se que seja feito um relatório ou nota informativa com o caso, mas que não identifique o profissional notificador ou o serviço de saúde. Compreende-se que esta medida busca proteger as unidades notificadoras e profissionais de saúde que atuam na APS, logo, a vigilância epidemiológica e os serviços de gestão precisam considerar que o ato sigiloso<sup>35</sup> se enquadra também na digitação da FN.

Ao considerar os sistemas de informação precisa-se entendê-los como uma ferramenta de coleta, organização e análise estatística de dados oficial, cujo objetivo é contribuir no planejamento e implementação de políticas públicas (Carvalho; Laguardia; Deslandes, 2022). Porém para que o mesmo ocorra, faz-se necessário que os profissionais de saúde compreendam a notificação como uma ferramenta importante na geração de dados epidemiológicos com potencial de instituição/elaboração de políticas públicas, mudanças no processo de trabalho, visibilidade da VCM e enfrentamento da mesma (Souza et al., 2018). Ademais, quando os profissionais de saúde não visualizam tal importância ou responsabilidade pela geração/atualização de dados, conseqüentemente, tem-se um Sistema de Informação (SI) fragilizado na demonstração das demandas do território.

Nessa perspectiva, um estudo de 2022, teve como objetivo analisar os sistemas de informação sobre VCM retratados na produção acadêmica (Carvalho; Laguardia; Deslandes, 2022). Este estudo, finalizou sua análise com 25 produções recuperadas, as quais também revelaram que o sistema de informação é uma importante ferramenta para as políticas públicas no âmbito de sua formulação e implementação. Ademais, o referido artigo, também reconhece as fragilidades no processo de registro nos casos de VCM, sejam elas ocasionadas ora pela organização dos profissionais ora pela tecnologia envolvida, ou ambos.

Vale destacar que as ferramentas e processos envolvidos no registro de informações podem ser eficientes e complementar-se para a composição do dado estatístico em formação. Ou ainda, apresentar fragilidades em todas as etapas da composição do dado e informação de saúde.

Outro desafio identificado pelas UR é a digitação das FN no sistema de registro. Sobre este aspecto, não foi encontrado referência ou orientação na PNVS, porém foi identificada a necessidade de registrar na RAS, sem mencionar a categoria profissional responsável pela

---

<sup>35</sup> Nota da autora: Considera-se informação sigilosa aquela restrita ao acesso e conhecimento público (Brasil, 2011b) de forma que a mesma se for divulgada possa constranger a mulher no caso da VCM ou comprometer a sua segurança.

função (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Já no manual: Viva, consta a digitação e consolidação dos dados que devem ser feitos pela SMS, porém sem sinalizar quem deve fazê-lo (Brasil, 2016b). A preocupação dos profissionais de saúde da pesquisa sinalizada nas UR é de suma importância, visto que a FN é um instrumento obrigatório nos serviços de saúde, porém com ele deve-se considerar questões éticas, respeitadas, sigilosas e de proteção às mulheres e profissionais de saúde. Desta forma compreende-se que a digitação do mesmo deve ser feita por um profissional de nível superior da saúde (considerando o respaldo ético formativo) ou implantar instrumentos de responsabilidade legal a quem ocupar a função de digitação no SINAN.

Também identificado como desafio nas UR, conta o preenchimento do campo da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) foi contemplado em mais de uma UR. Os profissionais da pesquisa referiram-se à falta de atualização do CBO contidos na lista de ocupações. Em contrapartida, ao consultar a página do Ministério do Trabalho (MT), foi localizado um ambiente de “solicitação de demandas” na qual os profissionais de saúde, portadores de CNPJ ou CPF podem sugerir: a inclusão ou revisão de título ocupacional; a exclusão de títulos existentes; a inclusão ou exclusão de atividades; revisão da redação da formação e experiências ou condições gerais do exercício do trabalho; ou ainda a inclusão de recursos de trabalho (BRASIL, 2024a).

Em virtude disso, compreende-se que os serviços governamentais têm um caminho/ferramenta que os profissionais de saúde podem sugerir mudanças quanto a dificuldade do preenchimento do CBO, devido a “desatualização” dessa listagem. Ademais, a não identificação deste mecanismo nas UR nos permite aferir que o mesmo é desconhecido pelos profissionais desta pesquisa, sendo assim ressalta-se a importância da difusão do conhecimento e colaboração dos profissionais de saúde na construção e melhoramento das ferramentas utilizadas.

Vale destacar que em consulta aos CBO, na página do MT, foi localizado também o “histórico de alterações da CBO”, situação essa que não vai de encontro ao visualizado nas UR, pois alterações e atualizações estão ocorrendo desde 2012 (BRASIL, 2024a).

O desconhecimento dos profissionais de saúde, arrisca-se dizer também da gestão e profissionais da vigilância epidemiológica, perante a atualização do CBO ou desconhecimento desta possibilidade, pode estagnar a análise estatística epidemiológica de tal variável que compõem a FN. Estes aspectos são importantes visto que, quando realiza-se uma análise estatística, os dados podem não corresponder a real situação dos indivíduos notificados ou do território, além de apresentar-se como um viés a ser considerado nas estratégias de ação.

Destaca-se ainda que, quando os pesquisadores ou profissionais e gestores estão desatentos a essas informações (notificação, preenchimento da FN, inserção dos dados no SINAN), os mesmos podem equivocar-se na tomada de decisão profissional, isso por interpretar errado as informações de saúde do território (Villela; Gomes, 2022).

Não foi encontrado nenhuma informação específica na PNVS sobre o preenchimento do SINAN, porém em diferentes lugares da Resolução foram identificadas ações que orientaram ações de identificação, regulação, controle, monitoramento, avaliação e fiscalização no âmbito da VS (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Ademais, também constam ações de formação e capacitação para os profissionais de saúde em todos os pontos da RAS, como forma de fortalecer a VS e sua atuação no território.

Destaca-se ainda que os dados de saúde são resguardados pelo sigilo de não identificação das mulheres que sofrem violência e dos profissionais que notificam, porém, o quantitativo destes são públicos e, para um melhor desempenho da saúde, os mesmos precisam ser divulgados e trabalhados com os profissionais e serviços de saúde, além da comunidade. Questões relacionadas ao acesso aos dados foram identificadas nas UR.

Em alguns momentos se aprofunda [a divulgação dos dados] para o profissional. Para passar o dado para a unidade de saúde vai ser mais específico, e para a comunidade vai ser mais ‘pincelado’ (mulher; branca; ACS). URP5

A gente até fez [ um boletim epidemiológico], iniciou com um boletim junto com a vigilância sanitária, um boletim de todas as notificações do município só que veio o advento da dengue e a gente se envolveu na dengue e depois foi se perdendo. Mas a gente tinha um boletim, acho que de notificação em geral tem, sabe! Temos esses dados (mulher; branca; Enf.). URP14

[A devolutiva dos dados] Reforça a importância de trabalhar melhor a parte de notificações. quanto mais notificado, mais resolução vai ter (homem; branco; Enf.). URP1

Os sistemas de informação do SUS tem dentre os seus objetivos o acesso aos dados epidemiológicos como auxílio para a resposta rápida, imediata ou em tempo hábil da RAS para as necessidades de saúde da população, logo, qualquer fragilidade, falha ou falta de dados no sistema ou, ainda, acesso aos mesmos tem grande potencial de impactar negativamente na identificação e resposta dos serviços de saúde aos eventos e adoecimento populacional (Villela; Gomes, 2022).

Desta forma, e como identificado nas UR, identifica-se que o acesso aos dados da VCM é fundamental para compreender o comportamento populacional e o impacto deste agravo de notificação compulsória em um território, bem como planejar formas de articular a RAS para responder a esta demanda.

Ademais, compreende-se que não devolver os dados analisados para os profissionais que notificam pode desestimular estes a continuar a incluir a notificação como rotina nos serviços. Neste sentido, compreende-se que a insuficiência ou fragilidade do conhecimento por parte dos profissionais, serviços ou da RAS impacta negativamente na comunicação, articulação dos serviços e na tomada de decisão (Aguilar et al., 2023). Logo, ao considerar este trabalho e suas reflexões sobre a notificação da violência, observa-se nas UR a limitada indicação do conhecimento dos dados epidemiológicos do território e com isso pode-se aferir que na situação em que se encontra os serviços de saúde dificilmente os mesmos vão conseguir ter uma resposta rápida às demandas da população ou articular uma rede de atendimento fortalecida.

Quando se refere à divulgação dos dados, também identificados nas UR, constata-se que uma das formas ocorre através dos Boletins informativos de saúde, produzidos pela VS municipal. Este boletim, permite a apresentação dos dados e melhor compreender a mutabilidade de saúde e eventos adversos de uma população. Além disso, ressalta-se que os dados de saúde precisam ser transformados em informações de saúde<sup>36</sup>, para que os mesmos respondam mais fidedignamente a real situação do território e possam ser melhor compreendidos na devolução dos dados.

Ainda, não se excluiu a possibilidade do atraso das informações de saúde ou acesso aos dados, porém a demora devido a análise ou atualização do sistema de informação é diferente da ausência de informações que os dados podem proporcionar negativamente nos serviços de saúde (Villela; Gomes, 2022). A exemplo disso e considerando as UR deste estudo, pode-se aferir que a subnotificação gera impactos negativos e de grande proporção na rede de atendimento, resposta para os casos de VCM e enfrentamento da violência.

Outra questão importante a considerar é a discussão frente ao “pertencimento” e utilização dos dados epidemiológicos. Nesta perspectiva, vale destacar que os dados são públicos e sua divulgação está prevista aos profissionais e comunidade através do acesso à informação pela Resolução nº 588 de 2018 (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Corroborando isso, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) aborda, dentre suas ações, questões relacionadas ao uso da informação por usuários como forma de garantia de acesso às informações, aos profissionais de saúde como auxílio na organização da prática profissional, à atenção à saúde na assistência para subsidiar ações que respondam às

---

<sup>36</sup> Nota da autora: Dado de saúde refere-se ao dado ‘bruto’, numeral. Já a informação de saúde, pode ser obtida através da análise dos dados em comparação ao território e sua população. Ver conceitos na página 52 deste trabalho.

necessidades individuais e coletivas da população, à vigilância em saúde para analisar, diagnosticar e realizar o monitoramento epidemiológico nos territórios, e pela gestão de forma a contribuir no acompanhamento financeiro e administrativo das políticas de saúde implantadas (Brasil, 2016c).

Ao analisar essas duas premissas, observa-se que a utilização dos dados está prevista em mais de uma política pública no SUS (e em outras políticas que não foram mencionadas neste trabalho), porém precisa-se considerar que com a utilização dos dados e reconhecimento das demandas de saúde de uma população ou território faz-se necessário, mas muitos serviços e profissionais de saúde não estão preparados (consciente ou inconscientemente) para reconhecer os dados e as problemáticas existentes que (re)criam demandas que aguardam atuação profissional e uma resposta rápida da saúde.

Ademais, as políticas públicas de saúde e as diretrizes do SUS buscam pela oferta de uma RAS fortalecida, sólida e resolutiva para as demandas da população, bem como, pela organização dos serviços de saúde pela atuação com um objetivo em comum.

Para aproximar esta premissa da realidade, vale considerar que a PNVS assegura o acesso à informação, a utilização e análise dos dados epidemiológicos de forma que os mesmos possam contribuir no processo de mudança e melhoramento do SUS (Conselho Nacional de Saúde, 2018) e a ausência ou fragilidade de dados oficiais impacta diretamente nas ações de VS (Leite et al., 2023), como identificação, monitoramento e enfrentamento da violência. Ainda, os profissionais de saúde podem munir-se do acesso aos dados para buscar melhorias e atualizações contínuas nos sistemas de informação disponíveis, bem como nas condições de trabalho que estão submetidos (Sousa et al., 2020).

Considerando o exposto, observa-se que o acesso à informação pode auxiliar de forma positiva na atuação profissional e demandas da comunidade, e com as UR fica evidenciado que os profissionais de saúde pesquisados (na sua maioria) não tem acesso a esses dados do território.

Ademais, os profissionais de saúde identificaram a responsabilidade e importância de toda a equipe e da RAS no comprometimento de reconhecer e utilizar os dados epidemiológicos nas ações de saúde.

Mas e a própria gestão está ciente da importância do dado?... Porque troca de gestão e daqui a pouco [eles também não sabem]. [E o Conselho Municipal de Saúde] está ciente do dado? daqui a pouco eles também só frisam no diabético e no hipertenso (mulher; branca; ACS). URP5

E uma falta de diálogo, de retorno. Não tem esse retorno. Pode até ter esse retorno [dos dados] para enfermeira mas não para toda a equipe. Aí o que ela julga mais

importante... dados que vai se trazer mais [recursos] é o que se apresenta para a equipe. [...] E talvez nem para ela [enfermeira] chega esse dado da violência (mulher; branca; ACS). URP5

Ao considerar o conhecimento dos dados epidemiológicos pelos profissionais de saúde, destaca-se a PNVS a qual aborda como responsabilidade dos três poderes (União, Estados, Distrito federal e Municípios) ações para desenvolver estratégias que possibilitem identificar situações de risco ou produção de agravos para a população, ou ainda munir-se das fontes de informação e estudos específicos para desenvolver um perfil epidemiológico do território (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

A existência de uma base de dados fortalecida e com qualidade nos dados permite que os profissionais de saúde e de gestão avaliem padrões temporais dos agravos no território, bem como utilizem-na como suporte na organização dos serviços de saúde (Villela; Gomes, 2022) na micro e macrogestão<sup>37</sup>.

Vale destacar ainda que existe a ausência de dados e a subnotificação da violência nos serviços contra as profissionais de saúde, como observado nas UR anteriores. Nessa perspectiva, pode-se refletir sobre as condições de segurança das mulheres no ambiente de trabalho em saúde, porém para identificar a situação faz-se necessário avaliar o quantitativo de casos.

Desta forma, considera-se primordial o treinamento dos profissionais de saúde para a identificação dos atos violentos, o acolhimento das mulheres e o preenchimento correto da FN visando documentar, pelos canais oficiais, os casos de violência, para assim buscar dados condizentes com a real situação do agravo e propiciar intervenções de enfrentamento do ato violento (Andrade et al., 2020; Enríquez-Hernández et al., 2021). O desconhecimento, por todas as esferas de poder, da real situação da violência permite uma estagnação de processos, pois a demanda existente não se encontra registrada (notificação da violência), logo, compreende-se que se não existe registro, não “existe” demanda contabilizada e (difícilmente) ocorrerá o planejamento para as mudanças necessárias.

Ao considerar a premissa anterior, ressalta-se que em muitos momentos a violência é identificada no território e acolhida como demanda, porém o serviço de saúde - por não quantificar os casos do território - tem dificuldade em fortalecer-se como unidade de enfrentamento da violência e buscar por melhorias da RAS.

Nessa perspectiva, acredita-se ainda que os dados contidos nos sistemas de informação

---

<sup>37</sup> Nota da autora: ao considerar a RAS, considera-se microgestão as unidades de saúde da APS e a macrogestão os serviços administrativos da RAS.

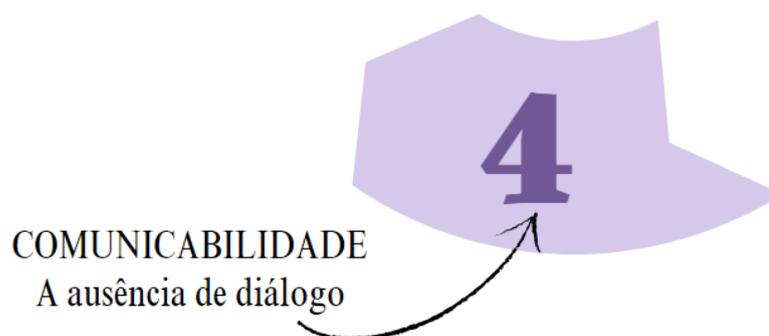
oficiais (no caso das situações de violência: SINAN) podem auxiliar a gestão e a atenção à saúde através da construção, análise e divulgação de indicadores de saúde e pela produção de informação (Ferreira et al., 2020). Desta forma, contribuindo para o fortalecimento de uma rede de enfrentamento.

Ainda, a PNVS prevê o acompanhamento dos dados epidemiológicos de forma a monitorar os agravos de saúde do território, bem como promover e desenvolver ações estratégicas de atuação, de forma que os dados analisados possam ser utilizados como metas e indicadores contidos nos instrumentos de gestão municipal, como o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e os Relatórios de Gestão (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Ademais, considerando as UR e o que está preconizado na PNVS e legislação, observa-se um distanciamento das orientações presentes nas políticas públicas (teórica) com a prática de saúde relacionado às ações de vigilância, bem como fica identificada uma passividade de alguns profissionais pesquisados na compreensão de sua responsabilidade no processo de mudança e significação da atuação profissional conforme o preconizado em território nacional.

#### 5.2.2.4 CA 4: Comunicabilidade: A ausência de diálogo entre os setores da rede

Figura 8 - Representação da quarta categoria analítica



Fonte: Elaborada pela autora a partir da imagem do fluxo de dados.

Nesta categoria, as UR apresentadas destacaram-se por representarem a comunicação entre serviços de saúde, entre os serviços de saúde e outros setores e outros municípios em prol das estratégias de enfrentamento a violência. As UR mostram ausência de comunicação como um obstáculo no fluxo da informação a partir da notificação. Pontuam a necessidade de

melhorar a conversa entre os setores da rede para o acolhimento das mulheres neste contexto.

Só notificar sem orientar ela [mulher] pra enxergar outro horizonte é uma notificação hoje, uma notificação semana que vem e na outra semana de novo da mesma paciente [...] A gente precisa sentar com a polícia, no sentido de que quando a mulher registra uma ocorrência [de violência] é porque a mulher tem coragem, ela [mulher] só não sabe que aquilo também é um caso de saúde. Então a polícia tem que orientar ela a procurar a equipe de saúde (mulher; branca; Enf.). URP8

O CREAS também [comunica casos de violência], ‘estão sabendo desse caso? chegou pra vocês esse caso?’. Esses dias eu tive um caso no centro de uma senhora que sofreu violência física pela filha e [eu] entrei em contato com o CREAS, ‘chegou pra mim, vocês estão sabendo como está o caso?’ [...]. Mas eu [profissional de saúde] geralmente recebo isso [comunicação de casos de violência] do hospital (mulher; branca; Enf.). URP14

Não tem conversa [entre saúde e segurança]... [simulando a fala da mulher] ‘se eu to fazendo um boletim de ocorrência, eu tenho coragem’. Então a polícia civil teria que orientar essa mulher a procurar uma unidade de saúde para fazer uma notificação e buscar atendimento [...]. É mais fácil eu [mulher] dizer para a enfermeira que eu apanho em casa, por que não vai acontecer nada, não vai para polícia... Se eu fui na polícia, a polícia pode vir atrás do meu marido. Então se ela teve coragem pra isso [de ir na polícia, ela pode ir para o serviço de saúde] (mulher; branca; Enf.). URP8

As UR evidenciaram a importância da comunicação entre os serviços de saúde para o atendimento da VCM, principalmente visando à continuidade do encaminhamento e atendimento. Nessa perspectiva, pode-se aferir que a busca é por uma RAS fortalecida nesse tipo de acesso e atendimento ou, ainda, na construção de uma LC da violência.

Ademais, vale destacar a definição que a PNVS considera para o entendimento da LC, ao qual compreende-se por uma “articulação de recursos e das práticas de produção de saúde para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância” (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Assim, ressalta-se a necessidade da comunicação ativa e efetiva entre os serviços de saúde e de atendimento às mulheres em situação de violência, bem como entre as mulheres.

Evidencia-se, nesse contexto, o papel dos profissionais de saúde e gestores, pois esses são fundamentais para desvelar a VCM, visto que o atendimento, a oferta de serviços e o acesso das mulheres em situação de violência primeiro perpassa o reconhecimento da mesma no território (Souza et al., 2018). Nessa perspectiva, e considerando as UR compreende-se que o isolamento dos serviços de saúde comporta-se como uma barreira no atendimento a essas mulheres, bem como, no reconhecimento da real situação de VCM pelas mulheres e do território.

Vale destacar que a comunicação entre as mulheres de um mesmo território pode

ocasionar um comportamento protetivo para elas. Ao considerar isso, o estudo de Stoff et al. (2021), ao analisar a VPI e a conexão social entre mulheres casadas na área rural de Bangladesh, identificou que o afastamento físico das mulheres de seus familiares apresenta-se como uma barreira do apoio familiar e, assim, considera-se que há uma fragilidade no recurso do impedimento ou minimização da VPI, logo, aumentando o risco da exposição da violência. Porém compreende-se que o mesmo pode ocorrer para as mulheres de uma mesma comunidade. Isso pois, ao considerar as UR desta pesquisa identifica-se que a mulher que se isola socialmente têm maior risco de expor-se a violência ou não verbalizá-la. Também, que a falta de comunicação e acesso aos serviços de auxílio podem contribuir para o isolamento das mulheres que vivenciam a violência e buscam por ajuda.

O estudo de Prado et al. (2023) identificou que casos mais complexos de atendimento requerem discussões pontuais entre os profissionais das equipes, porém o mesmo estudo destaca os limitantes e barreiras nos serviços de saúde que dificultam esse tipo de comunicação, como a manutenção das equipes de trabalhos, a sobrecarga de trabalho e a ausência de um espaço protegido para o diálogo, como as reuniões de equipe. Nessa perspectiva, e avaliando a ampliação da reflexão para as RAS, compreende-se que, quando os serviços de saúde buscam uma comunicação, espera-se que esta seja efetiva e potencialize os atendimentos e acesso ofertados em prol das demandas da população, logo, a comunicação entre serviços e com a população pode ocorrer de forma a incentivar a proteção, prevenção e autonomia das mulheres, bem como, o fortalecimento de uma rede de atendimento.

A rede de atendimento às mulheres não se limita aos serviços de saúde, visto que a mesma pode recorrer a outros serviços como porta de entrada. Nos estudos de Aguiar et al. (2023) ao analisar as UR fica evidenciado que os profissionais dos serviços especializados, por exemplo, também identificam demandas de saúde nas mulheres em situação de violência que buscam ajuda e que os mesmos compreendem que é de responsabilidade do SUS suprir a demanda de saúde delas.

Gonçalves e Schraiber (2021), em sua pesquisa, identificaram que não houve direcionamento das mulheres em situação da violência dos serviços de segurança para os serviços de saúde na atenção primária, os encaminhamentos que aconteciam eram para serviços especializados.

Neste contexto, destaca-se a importância do entendimento dos profissionais quanto às possibilidades de atendimento na rede e serviços ofertados, bem como a responsabilidade de atendimento de cada profissional ou núcleo profissional (Aguiar et al., 2023). Quanto a isso, observa-se algumas similaridades nas UR, visto que a comunicação entre as equipes de saúde

e a orientação às mulheres, bem como, não foi identificado formas de oportunizar as mulheres a participarem deste diálogo em prol de melhorias no atendimento às situações de violência, e a comunicação com outros serviços de forma efetiva que visem prevenir ou enfrentar a violência. Além do exposto, a PNVS aborda a participação da comunidade como forma de ampliar a autonomia da mesma e sua participação na organização e orientação dos serviços e saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Vale destacar ainda, que a PNVS aponta o estímulo à participação da comunidade no acolhimento e respostas das demandas, ações de proteção e promoção da saúde e acesso à informação, dentre outros (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Movimentos não identificados de forma ampla nas UR desta pesquisa, quanto a participação da comunidade em conjunto com os serviços públicos.

Compreende-se que a comunicação entre os serviços de saúde, profissionais e a comunidade é uma importante estratégia de enfrentamento da violência e de monitoramento de agravos ou comportamentos cíclicos populacionais. Ademais, a falta de comunicação contribui para a fragilidade vivenciada pelos profissionais desta pesquisa na RAS e no acompanhamento das mulheres.

O mesmo se aplica à falta de notificação, visto que se deve registrar os casos de violência em busca de mudanças e intervenções nos mais diferentes níveis de atenção à saúde (Enríquez-Hernández et al., 2021). Acredita-se que essa condição esteja presente em diferentes setores e serviços de atendimento às mulheres.

Nesta UR, fica identificada a comunicação e as notificações de saúde pelos profissionais, de forma que os mesmos durante a pesquisa ressignificam seus saberes e constroem novos conhecimentos.

Eu acredito que sim [que todo profissional fariam a notificação] a partir do momento que a mulher chegar aqui e quiser realmente... que elas não vão vir aqui só pela notificação, quantos elas vem aqui elas vem para outros fins ... elas nem vem aqui, elas vão na delegacia e a delegacia é que encaminha pra nós fazer o corpo de delito (mulher; branca; Enf.). URP6

Na verdade eu acho que tem a notificação porque tem essa função delas registrarem o boletim [BO]... Elas vem para um atestado para um atendimento e aí acontece a notificação (mulher; branca; Enf.). URP11

Está sendo bem importante esses encontros [no território]. Da conscientização, da informação, da gente dizer que a gente [serviço de saúde] está ali e elas [mulheres] podem [acessar]. [...] Daqui a pouco... vem atona e aquele agressor vai [pensar] “opa, eu to sendo reconhecido”. Então precisa ter esse movimento: “Tem alguém olhando, eu não to mais fazendo aquilo só nas quatro paredes”. A mulher já tem voz... isso a gente está sentindo lá no nosso território [rural] (mulher; branca; Enf.). URP2

Na mesma perspectiva da unidade de reflexão anterior, o fortalecimento da comunicação entre os atores de influência direta e indireta no atendimento e enfrentamento da violência auxilia no reconhecimento e visibilidade da mesma. Seguindo esta reflexão vale destacar, como identificada nas UR, que a notificação das violências contribui positivamente para a abordagem de políticas públicas na temática, bem como a utilizar espaços já existentes para futuras discussões, porém ela sozinha não tem potência de gerar mudanças no atendimento das mulheres em situação e violência.

Enquanto Aguiar et al. (2023) concluem em seu estudo que há expectativas de atendimento do serviço especializado para com a saúde, o inverso também é verdadeiro, de forma a potencializar os atendimentos setorializados e não em uma RAS para as mulheres em situação e violência. O estudo de Schraiber, Barros e Castilho (2010), ao estimar a associação entre VPI e uso de serviços de APS em São Paulo, concluíram a necessidade de ampliar a identificação desses casos nos serviços de saúde, bem como a adoção de estratégias de prevenção e controle da violência.

Em concordância com isso, Aguiar et al. (2023) consideram a necessidade de ampliar o conhecimento de atuação dos serviços e núcleos profissionais entre os profissionais envolvidos no atendimento às mulheres em situação de violência, bem como a inclusão das mulheres neste movimento, como também destacado no estudo de Prado et al. (2023).

Nesse contexto, compreende-se que os profissionais de saúde e a comunidade tem papel fundamental no levantamento de demandas e no processo de mudança de um território, visto que os mesmos podem contribuir para a mudança do cenário estudado.

Essas ações entre os serviços públicos e a comunidade podem ser ocasionadas através do aumento da identificação e notificação das violências nos casos suspeitos e confirmados (Brasil, 2011c) e assim ampliando as unidades notificadoras, bem como a necessidade de mudança de comportamento profissional com o intuito de praticar a comunicação interpessoal e entre setores (Prado et al., 2023), o desenvolvimento da comunicação efetiva e das ações de vigilância em saúde entre os serviços de atendimento da RAS para o atendimento (Conselho Nacional de Saúde, 2018) as mulheres em situação e violência, a identificação de competências colaborativas entre os serviços (Prado et al., 2023), a definição de estratégias de atuação e atendimento entre os serviços da RAS (Aguiar et al., 2023) a necessidade da devolução dos dados de reconhecimento e monitoramento da violência no território (Conselho Nacional de Saúde, 2018) e a compreensão da violência como um problema de saúde.

Ademais, faz-se necessário considerar que o enfrentamento da violência necessita do envolvimento de diferentes setores como educação, saúde e segurança (Cargnin et al., 2021).

Ou ainda, a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas compartilhadas entre diferentes serviços e setores em prol do enfrentamento da violência (Aguiar et al., 2023).

Nessa direção, salienta-se que o reconhecimento dos profissionais para este movimento de (re)educação da população ou construção do conhecimento aproxima a unidade de saúde da comunidade e assim, compreende-se que as mulheres podem identificar os profissionais de saúde como aqueles que acolhem e o serviços como local que atendem esta demanda. Além disso, a comunicação em forma de educação com a coletividade do território está prevista na PNVS.

Assim, e como identificado das UR, observa-se a necessidade da organização dos serviços da rede de enfrentamento à violência.

O projeto da ‘Sala lilás’... ficou muito bonito no papel e todo mundo se engajou e foi colocado em mídia ... Hoje, tu pergunta se chegar uma mulher lá no CRAS, se eles estão preparados para atender essa mulher. Não estão, porque a sala lilás não existe. Ela só existe lá [estrutura física] e no papel. Não tem ninguém preparado lá para atender [...] Eu acho que se fosse pedir um relatório de atendimento da sala lilás não teria nenhum [atendimento/relatório] (mulher; branca; Enf.). URP4

Eu acho que a ‘Sala lilás’ rotula muito. Se eu vou me direcionar para aquela sala ‘ a então ela é vítima de violência’. E acaba as mulheres não indo também por que as crianças que estão lá na aula do CRAS vão enxergar, ‘a , a mãe do fulaninho lá que é mãe do meu colega entrou naquela sala’ [...] Pra mim é um rótulo, eu acho que aquela sala não tem como ir pra frente (mulher; branca; Enf.). URP8

Nem sempre quem faz BO passa pela saúde e nem sempre que passa pela saúde faz BO. São dados somatórios [...] ou ela registra e retira depois, no outro dia (mulher; branca; ACS). URP5

As UR evidenciam a importância de diferentes estratégias da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, dentre elas a ‘sala lilás’ e a mobilização da comunidade.

No RS, em uma reportagem de 2015, foi abordado a criação da Rede Lilás, serviço este destinado às intervenções para romper com o ciclo da violência das mulheres e meninas através do acesso à segurança, saúde, assistência social e justiça (Comitê Rede Lilás é Criado RS, 2015). Ao avaliar as UR sobre a temática, pode-se aferir que a experiência dos mesmos com o atendimento da “Sala lilás” é distante da preconizada inicialmente. Novamente, fica destacada a necessidade da formação complementar e estruturação rede de atendimento às mulheres que vivenciam a violência.

Nessa perspectiva, destaca-se que as notificações de saúde e o preenchimento correto das FN permitem avaliar o quantitativo de mulheres em situação de violência, conhecer a frequência e gravidade que a mesma se comporta em um território e dar visibilidade para tal. Ademais, as informações de saúde podem oferecer subsídios para o fortalecimento de uma rede

de atendimento e enfrentamento da violência ou a composição de uma LC visando a prevenção e promoção de saúde (Delziovo et al., 2018), o mesmo aplica-se nos municípios de menores populações (Soares et al., 2023) pois compreende-se que a centralização do atendimento nos municípios de maiores populações comporta-se como uma barreira de acesso às mulheres e de enfrentamento da violência. Ainda, faz-se necessário o conhecimento dos profissionais que atendem às mulheres em situação de violência dos diferentes fluxos e serviços ofertados na RAS, além da comunicação ativa entre os mesmos visando a assistência e registro qualificado da mulher que vivencia a violência (Aguiar et al., 2023)

Nesta perspectiva a PNVS aborda a incorporação de ações da vigilância em saúde junto a RAS, tendo a APS como ordenadora do cuidado (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Ainda, a política destaca a implementação dos registros de notificação compulsórias na rede de atenção à saúde, pública e privada.

Neste contexto, a realidade identificada pelas UR reforça o distanciamento da teoria e práticas no atendimento às mulheres em situação de violência, visto que a relação saúde e segurança apresenta-se com atuações setorializadas e a falta de uma comunicação ativa entre elas. Ademais, pode-se questionar a compreensão do conhecimento frente a atuação de cada serviço. Assim, entende-se que pode acontecer uma maior articulação entre os serviços de atendimento às mulheres quando os profissionais conhecem o fluxo de atendimento, bem como, as funções que cada um desempenha (Aguiar; D'Oliveira; Schraiber, 2020).

A dificuldade da comunicação entre serviços psicossocial, policial e jurídico também foi observada nos estudos de Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2020). Destaca-se que estes serviços são serviços de referência no atendimento às mulheres em situação de violência e muitas vezes encaminhados pela APS. Gonçalves e Schraiber (2021) ao avaliar a relação entre a APS e os serviços especializados identificaram que não há relacionamento para a saúde pelo serviço policial e a orientação jurídica refere-se às relações pontuais com saúde. Esses estudos vêm ao encontro das UR, as quais ficam identificadas pelos profissionais que as mulheres que buscam o atendimento policial nem sempre vão ao serviço de saúde, e também não são encaminhadas para o mesmo.

Estas reflexões mostram a fragilidade da rede de atendimento às mulheres em situação de violência no contexto da pesquisa e o despertar dos profissionais de saúde ao identificarem que a passividade na busca de uma rede de atendimento fortalecida os coloca em uma situação de violência também.

Nessa perspectiva, Gonsalves e Schraiber (2021) concluíram em seu estudo que quando as mulheres são privadas de seus direitos, como o acesso à saúde, as mesmas estão sujeitas a

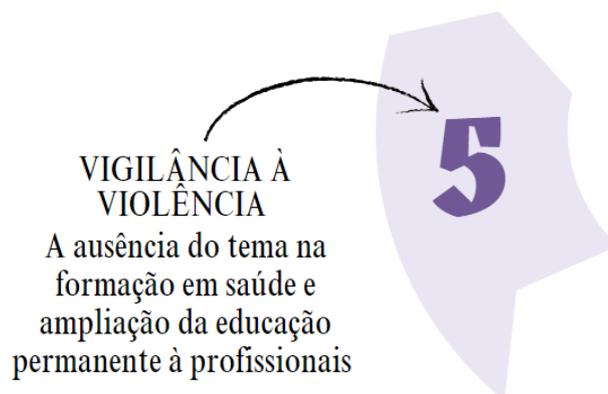
outros tipos de violência, como a violência institucional. Ampliando a reflexão sobre a temática, pode-se compreender que a mulher em situação de violência quando impedida ou não ofertado acesso a saúde ou serviços que possam suprir suas demandas dificilmente (sozinha) conseguirá romper o ciclo da violência. Quanto aos profissionais de saúde, quando as RAs não oferecer condições de atendimento e capacitação para situações de violência, entende-se que esses também vivenciam a violência institucional e isso pode impactar diretamente na ausência de registros e notificações de violência.

Neste contexto, ressalta-se que a violência assume diferentes facetas, mas de forma geral compreende-se um quantitativo limitado de ações voltadas para as mulheres em situação de violência e uma parte delas não está em funcionamento ou encontra-se descrita com a teoria distante da prática.

Nesta direção, enfatiza-se que as ações de saúde para serem efetivas precisam proporcionar uma mudança de vida e viver das mulheres, logo, a orientação por si só pode não afastar a mulher de seu agressor, o que também causa desconforto aos profissionais que trabalham no atendimento às mulheres. Ademais, para que o afastamento ocorra a rede de atendimento delas em situação de violência precisa estabelecer comunicação efetiva entre si e oferecer acesso, qualidade e resolutividade no atendimento (Aguiar; D'Oliveira; Schraiber, 2020). Neste ínterim, é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento das características encontradas na população e área rural que comprometem o atendimento em saúde, além de reconhecer o desfavorecimento de recursos e acesso universal (Oliveira et al., 2020) conforme pautada na Lei 8080/1990 (Brasil, 1990). Para tanto, reconhece-se a necessidade de uma articulação em conjunto (gestores, profissionais de saúde, população e líderes comunitários) em prol da garantia do acesso a uma saúde rural de qualidade priorizando ações de promoção de saúde, prevenção do adoecimento e enfrentamento da violência (Oliveira et al., 2020).

5.2.2.5 CA 5: Vigilância à violência: A ausência do tema na formação em saúde e ampliação da educação permanente à profissionais

Figura 9 - Representação da quinta categoria analítica



Fonte: Elaborada pela autora a partir da imagem do fluxo de dados.

Nas UR, fica evidenciado que os profissionais identificam quão limitado foi seu acesso ao conhecimento relacionado às notificações de VCM no período da formação de base, bem como a importância de acesso a tal conhecimento.

A área [nos cursos técnicos e faculdade] de trabalhar saúde é muita coisa [trabalhada] para quatro anos... então é o fato de isso [notificação de saúde] só ser 'pincelado'. Talvez não que seja menos importante [o conteúdo das notificações em saúde], mas que tinha coisas mais [importantes] a ser aprofundada. E que a gente sabe que passa muito rápido [a formação] (mulher; branca; ACS). URP5

Eu estava pensando agora, até para a base da graduação pode ser visto isso como um reforço... ter isso [notificações em saúde] dentro da formação profissional, para saberem a importância disso [...] porque no futuro a gente vai executar [a notificação] (homem; branco; Enf.). URP1

Esse ano eu já fui chamada duas vezes [como enfermeira] para duas turmas da graduação, para falar um pouco da realidade da vigilância epidemiológica como um todo. Eu acho que isso é importante falar da realidade, mas claro, quando a gente vem [falar sobre a temática] não vem falar especificamente da violência (mulher; branca; Enf.). URP14

O conhecimento sobre as notificações de saúde e da VCM é compreendido como importante, principalmente para compor a formação de base dos profissionais de saúde ou na contribuição na formação complementar. Compreende-se com o exposto, no decorrer deste trabalho é melhor abordado nesta CA, que se o profissional de saúde não tem acesso ao conhecimento, dificilmente o mesmo irá replicá-lo ou aplicá-lo em sua prática profissional.

O estudo de Silva e Ribeiro (2020) destaca que há necessidade de incorporação da temática da VCM nos currículos dos cursos de formação profissional com vistas à prevenção e enfrentamento da violência.

Massaro et al. (2019) evidenciam o efeito protetor da educação além do conhecimento acadêmico, visto que o mesmo pode contribuir na formação de capital humano e de cidadania, e esse atuar como ação preventiva. Por esta premissa compreende-se também que se os profissionais de saúde têm acesso ao conhecimento relacionado às notificações e formas de violência, os mesmos têm maiores chances de implementar esses conhecimentos na identificação e registro das VCM. Porém recomenda-se que esse conhecimento deva ocorrer de forma interprofissional, respeitando diferentes núcleos profissionais, mas com uma atuação conjunta e corresponsável em prol do atendimento às mulheres (Prado et al., 2023).

Corroborando o exposto, a PNVS aborda como responsabilidades dos poderes públicos a promoção de formação e capacitação dos profissionais de saúde para as temáticas da vigilância em saúde (dentre elas a notificação em saúde para violência), mas também, a necessidade de expandir este conhecimento para a comunidade, trabalhadores e controle social (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

A política também aponta para a gestão do trabalho, desenvolvimento e educação permanente na temática através de investimento na qualificação e capacitação das equipes de saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Tais informações se mostram necessárias por considerar diferentes estudos que abordam a dificuldade e desafios na identificação das situações de violência ou mulheres em situação de violência por parte dos profissionais ou das mulheres (Cargnin et al., 2021; Lee et al., 2021) e a subnotificação ou incompletude dos dados de notificações nas mais diferentes violências no cenário nacional (Andrade et al., 2020; Cargnin et al., 2021; Cruz; Irfi, 2029; Sousa et al., 2020). O mesmo aplica-se no cenário internacional (Lennon et al., 2021).

Entretanto, compreende-se que o profissional de saúde tem papel fundamental nas reflexões referente a resolutividade e ampliação da rede de atendimento como potencialização dos serviços de acesso às mulheres em situação de violência (Delziovo et al., 2018), mas não se exclui o papel dos outros serviços públicos bem como da comunidade nas mesmas ações (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Pondera-se que o conhecimento ofertado às mulheres sobre recursos que podem ser acessados em caso de VCM também são importantes de serem abordados no atendimento ou nos espaços de educação (Lee et al., 2021), porém compreende-se que essas informações só serão repassadas se os profissionais de saúde estiverem cientes das mesmas.

Nesta perspectiva compreende-se que os profissionais de saúde identificaram a importância da formação complementar ou acesso durante a formação de base para temáticas como a identificação da violência, notificações compulsórias ou ações relacionadas à vigilância

em saúde, mas também identificaram a fragilidade deste conhecimento e as limitações do mesmo. Vale destacar que alguns dos profissionais pesquisados revelaram que é ofertado capacitações pelos serviços estaduais e federais na temática, porém é identificado nas UR os desafios para a participação das mesmas.

Eu acho bem importante essas capacitações que eles [vigilância epidemiológica] oferecem para a gente estar sempre com a informação atualizada do que temos que perceber durante o atendimento (homem; branco; Enf.). URP1

[O que fica de mais significativo] eu acho que ser capacitado para o preenchimento da ficha, porque até então não tinha isso (mulher; branca; Enf.). URP4

Eu escutei já duas capacitações do Estado, mas era com o fone no ouvido e digitando SINAN, tipo que atenção [eu estava]?! Tu não consegue direcionar [a atenção] tudo para aquilo (mulher; branca; Enf.). URP14

Silva e Ribeiro (2020) abordam dois pontos importantes no atendimento às mulheres em situação de violência, um refere-se a mulher perceber-se vivenciando a violência e o outro que os enfermeiros da APS não se sentem capacitados no atendimento das mulheres nessa situação. Nesse contexto, o acesso ao conhecimento, pelas mulheres e profissionais de saúde, pode contribuir para que as mulheres reconheçam os serviços de saúde como local de atendimento à violência e os profissionais sintam-se preparados para atendê-las.

Nas UR, identifica-se que, ao mesmo tempo que são oferecidos cursos e capacitações sobre a violência e notificação da violência, não foi identificado que os profissionais são estimulados a participar das capacitações ou a buscar conhecimentos sobre a temática, seja pelo tempo de acesso aos cursos, a elevada demanda nos setores que os mesmos não conseguem ausentar-se, a disponibilidade de uma formação continuada ou a existência de um horário protegido para tal formação.

Compreende-se que os serviços de atendimento a mulheres em situação de violência, principalmente a saúde e os serviços de gestão, precisam assumir a responsabilidade de acesso e atendimento às mulheres, mas também ao registro corretos e notificações (Delziovo et al., 2018) e uma das formas disso ocorrer é através da educação permanente na temática.

A educação permanente, quando bem utilizada e aproveitada, pode ser uma ferramenta de importante mudança no comportamento dos profissionais de saúde e de outros serviços e setores em prol do atendimento às mulheres em situação de violência.

Compreende-se que profissionais melhores preparados para o atendimento a violência apresentariam melhores condições de atendê-las (Ferreiros; Clemente, 2023), mas a falta de

capacitação ou preparo dos profissionais ainda é facilmente encontrada nos artigos de estudos (Silva; Ribeiro, 2020; Souza et al., 2018) e identificado nas UR.

Ademais, ao analisar as UR, questiona-se o aproveitamento dos profissionais de saúde perante as capacitações ofertadas, pois compreendeu-se que a participação nas capacitações não é garantia da aplicabilidade dos conhecimentos ou mudança de comportamento.

Nesse contexto, compreende-se que a aplicação de mudanças pode perpassar o desenvolvimento de estratégias de longo prazo nos âmbitos individual, interpessoal, comunitário e social com vista a aproximar dos serviços e setores para o desenvolvimento de programas ou ferramentas de fácil comunicação, aprendizagem e construção do conhecimento (La Salud, 2020).

Leite et al. (2023) apontam a falta de formação ou formação complementar como uma das principais causas de subnotificação pela não identificação dos casos suspeitos. Porém mesmo com a necessidade de ampliação e melhorias compreende-se que os serviços estaduais e federais estão atuando de acordo com o preconizado na PNVS, no qual refere-se à inserção de conteúdos de vigilância em saúde nos processos formativos e de capacitação (Conselho Nacional de Saúde, 2018), bem com a oferta de tais formações.

Entretanto destaca-se que a não pactuação entre os serviços para o desenvolvimento de um espaço protegido de capacitação e acompanhamento da aprendizagem inviabiliza a oferta da formação complementar, tornando a informação obsoleta por sua não aplicação.

Na análise das UR pode-se compreender que os profissionais de saúde foram sensibilizados a refletir sua atuação (individual e coletiva) na temática de violência contra as mulheres urbanas e rurais durante a coleta de dados.

A gestão também tem de fazer a parte dela, principalmente nessa parte da capacitação, esse preenchimento de ficha [de notificação] é bem complexo, então qualquer profissional pode notificar, mas e o saber notificar?! Então a capacitação é muito importante, seja um profissional para depois expandir para a equipe ou seja de toda a equipe de uma vez só... até usando um momento de equipe nosso ... teria de ser uma coisa mais complexa, passar a ficha de item por item... daí eu acho que entra naquela questão de ter um responsável, se não consegue ter toda a equipe (mulher; branca; ACS). URP5

Eu estou me capacitando e replicando isso [notificações de violência], que é umas das funções que passaram [no serviço que trabalho]. Sei lá 'não sabia que tinha que fazer' [como resposta dos profissionais], como tu vai fazer [cobrar] se o pessoal não sabe, então a gente vai estar trabalhando muito mais em cima [das notificações] para multiplicar (homem; branco; Enf.). URP1

A gente como profissional da unidade trabalha com eles [usuários], mas tu sabe 'que Santo de casa não faz milagre' [referência ao ditado popular]. No momento que você convida e fala: 'olha vai vir uma enfermeira falar'. 'Bomba' [no sentido de ir muitas pessoas]!. Antes você chegava e eles falavam 'vocês vão dar palestra?' ... "vai vir

alguém?'. Porque da outra vez foi o pessoal da universidade [...]. Agora se vem alguém de fora para falar das notificações seria interessante, fazer um grupo... Está indo para 15 anos que eu estou lá [na unidade] e esse tema nunca foi falado (mulher; branca; ACS). URP5

Nas UR, é evidenciado que os profissionais de saúde podem (re)significar seu conhecimento quanto a notificação em saúde e reconhecimento da VCM, porém destacam a necessidade de um estímulo constante. Isso é compreendido como uma forma de aplicabilidade do conhecimento nas práticas de saúde, bem como, na atuação profissional de saúde.

A capacitação dos profissionais da APS pode atuar como facilitadora na identificação e no atendimento às mulheres em situação de violência e a atuação dos centros de educação (como as universidades) pode favorecer espaços de capacitação e formação complementar, bem como, na atuação de casos mais complexos de atendimento (Gonsalves; Schraiber, 2021). Destaca-se ainda, que a PNVS prevê a conexão com as instituições de pesquisa e universidades em prol do desenvolvimento de estudos, pesquisa, pesquisa -intervenção e desenvolvimentos de estratégias prioritárias de enfrentamento de modo que as ações possibilitem uma resposta prática de atuação (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Os profissionais ressaltam a corresponsabilização de diferentes serviços de saúde (como os serviços de gestão) no monitoramento e estímulo ao desenvolvimento das notificações de saúde no território. Neste contexto compreende-se a responsabilidade dos serviços de gestão, também, na formação complementar dos profissionais de saúde quanto à realização da notificação e ao desenvolvimento de estratégias de monitoramento e acompanhamento das mulheres em situações de violência (Andrade et al., 2020; Brasil, 2016b). Ainda destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem a LNC vigente em território nacional e a obrigatoriedade da notificação em até 24 horas das violências a SMS (Brasil, 2014; Brasil 2016b)

Ademais, as UR abordam a temática entre os profissionais e com a comunidade. Nessa perspectiva, a PNVS pontua a formação continuada e a integração da comunidade (de forma individual e coletiva) no processo de mudança, análise e atuação nas ações de vigilância em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Neste ínterim, compreende-se que os profissionais de saúde concebem sua participação no processo de mudança, bem como, a responsabilidade de outros setores, como abordado nos estudos de Cargnin et al. (2021). Vale destacar, ainda, que o olhar dos profissionais como disparadores de ações (individuais e coletivas) e a construção do conhecimento desenvolvida durante a coleta de dados pode ser compreendida

como ação-reflexão-ação, no processo de (re)significar o olhar individual e profissional para a VCM e a notificação das mesmas.

Ao considerar o exposto, concorda-se com as reflexões de Delziovo et al. (2018), o quais concluíram seus estudos abordando a responsabilidade das instâncias de gestão do SUS para a garantia do atendimento da violência sexual e o registro das informações. Também, considerando os achados desta pesquisa, compreende-se a necessidade de fortalecer a educação permanente, a fim de garantir o acesso à saúde, mas para que este movimento ocorra faz-se necessária a colaboração dos serviços públicos, privados e da comunidade, além da colaboração e responsabilização individual e coletiva. Ademais, a contribuição da gestão nos processos de identificação, monitoramento, notificação, mudança de comportamento e enfrentamento da violência é fundamental (Batista; Schraiber; D'Oliveira, 2018).

Na etapa qualitativa desta pesquisa, o segundo objetivo secundário foi identificar a compreensão dos profissionais de saúde no preenchimento das notificações em casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural e urbano, ao analisar o exposto considera-se que o segundo objetivo foi alcançado.

### 5.3. APROXIMAÇÃO DOS DADOS

A apresentação e integração dos dados será realizada através de um *Joint-display*. Esta forma foi escolhida por possibilitar uma melhor apresentação dos dados, visto que primeiramente são apresentados os tópicos principais de análise e as possíveis integrações pelas temáticas, após é apresentado os principais resultados obtidos da análise dos dados do SINAN no período de 2012 até 2020 e as UR de maior significado utilizadas nas categorias de análise desta pesquisa. Para pôr fim, a partir das análises isoladas quantitativamente e qualitativamente realizar-se-á a metainferência dos achados buscando a convergência ou divergência dos mesmos.

No primeiro *Joint-display* é apresentado como tópico de análise pela integração entre o número populacional feminino dos municípios e a região estudada em comparativo com os registros de violência contra as mulheres urbanas e rurais.

Quadro 9 - *Joint-display* apresentando as inferências quantitativas, qualitativas e metainferência de métodos mistos referente aos tópicos de análise apresentados, Brasil, 2024.

<b>Tópico principal</b>	<b>Resultado quan</b>	<b>Resultado qual</b>	<b>Análise do método misto</b>
-------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------------

<b>Integração</b>	<b>Extratos da análise estatística</b>	<b>Extratos da análise temática</b>	<b>Metainferência</b>
Número populacional e notificações de violência contra as mulheres urbanas e rurais	Do quantitativo de dados relacionado a zona de ocorrência foi identificado que 58,7% das notificações ocorreram no urbano, 32,3% no rural e 0,6% no periurbano.	<p>Identificação e notificação da violência</p> <p>A [mulher] rural vai sair de casa para ir aonde gente?! ... Não é ela que vai fazer serviço de banco, não é ela que vai na cooperativa faturar a soja. É o marido. Então para ela sair de casa, ela tem de dizer pra ele onde ela vai, “vou ir no posto, vou buscar remédio”[...] Às vezes falta a gente [profissional de saúde] dar abertura [para ela falar da violência] (mulher; branca; Enf.). URP8</p> <p>As [mulheres] da cidade são mais autônomas... mais independentes. Então talvez isso faça com que [elas] se submetam menos a violência, aceitem menos a violência do que a mulher rural. Pelo menos a visão que eu tenho que ela [mulher rural] é criada naquele ambiente que a mãe viveu a vida toda com o pai... e se submeteu a tudo que o pai queria, a filha e daí a neta [repetem o comportamento]... [e vai passando] como se fosse uma herança (mulher; branca; ACS). URP5</p>	<p><b>Convergência</b></p> <p>Os dados quantitativos mostram maiores valores de notificação para as mulheres em área urbana enquanto as UR apontam os desafios da população feminina na busca por ajuda, bem como, o acesso ao atendimento através da responsabilidade profissional.</p>
	Existem divergências no comparativo de notificações de violência total da região estudada (dados do SINAN) com o cálculo estimado de mulheres em situação de violência (cálculo com base na OMS/OPAS). Isso pois, o número total de notificações da região para violência (n=217) é menor que o número estimado de mulheres em situação de violência (n=26.966)	<p>Identificação e notificação da violência</p> <p>Hoje eu me dei conta de quantas mulheres violentadas passaram por mim e eu não percebi. Até percebi, por que eu tentei resolver a situação, mas não notifiquei. Não deixei passar em branco a questão de acolher e... resolver, mas eu pensei muito em resolver (mulher; branca; Enf.). URP4</p> <p>Não é o sentido de não identificar a situação da</p>	<p><b>Convergência</b></p> <p>Nas UR fica identificado que as mulheres que procuram os serviços de saúde em caso de violência são atendidas, porém nem sempre os registros da violência (pela notificação) ocorrem. O que vai ao encontro dos resultados quantitativos.</p>

		violência, é o sentido de não registrar, por que em todas as unidades, toda mulher que acessa o serviço em algum sofrimento, a demanda dela vai ser atendida (mulher; branca; Enf.). URP14	
Aproximação entre a variável “zona de ocorrência” (urbana, rural e periurbana) e as variáveis: escolaridade, situação conjugal, tipo de violência e características do agressor.	As notificações de VCM mostram maiores associações com mulheres brancas e pardas no urbano, e brancas e indígenas no território rural (n=1010/p=0,00)	Eu vou colocar o que eu vejo ou o que ela [mulher] fala? [na autodeclaração de raça] (mulher; branca; Enf.). URP8	<b>Divergência</b> Os profissionais de saúde demonstram desconhecimento no preenchimento deste campo na FN quanto a autodeclaração das mulheres.
	As notificações de VCM demonstram que a baixa escolaridade está mais associada às mulheres que residem na zona rural (n=721/p=0,01)	VCM e (re)conhecimento da violência  Eu vejo assim, se fosse para distinguir entre a [mulher] rural e a urbana, mas na questão da violência não vejo a diferença. Se uma é mais e a outra é menos. Digamos, se tem diferença na violência, só porque a rural eu vejo como mais submissa. Mas o tipo de violência é o mesmo. [A mulher rural] aceita mais, não vê como violência porque aceita mais, até pelo fato da cultura. Ela não tem essas oportunidades que a gente da cidade tem de conhecer, estudar (mulher; branca; ACS). URP5	<b>Convergência</b>  Os dados são concordantes, pois os profissionais compreendem que a baixa escolaridade é um fator de naturalização da violência contra a mulher no meio rural.
	No meio rural as notificações de violência estão mais associadas a mulheres casadas/união estável (n=850/p=0,01)	Desafios na identificação da violência  Eu não sei [se morar a área rural é um fator de proteção], se pôr a comunidade ser conhecida de outras gerações e o convívio é um fator de proteção ou não, porque quanto maior é a proximidade da vizinhança, mas é ‘eu não vou me meter, porque senão eu vou arrumar briga com o compadre’ [repetição de fala de usuário]. Não sei se é um fator de proteção ou de omissão [...] tem até aquele ditado em que ‘em briga de	<b>Convergência</b>  Os dados são concordantes, pois os profissionais compreendem que no meio rural a violência conjugal é percebida como uma questão a ser resolvida entre o casal. No contexto rural há maior concentração de pessoas casadas ou em união estável.

		<p>marido e mulher ninguém mete a colher' (mulher; branca; Enf.). URP8</p> <p>Eu acredito que [os dados] do rural devem ser muito pior que o urbano, porque no rural as mulheres [...] batem naquela história que são mulheres que são dependentes, geralmente. [...] Quem mora na cidade, por exemplo, já se subentende que tem um emprego ou alguma coisa, já consegue de uma certa forma se virar sozinha (mulher; branca; Enf.). URP4</p>	
	<p>Entre as notificação observa-se que a violência sexual está mais associada ao meio rural (n=990/ p=0,00)</p>	<p>Desafios na identificação da violência</p> <p>Semana passada teve um caso lá do interior de uma mulher de 46 anos que foi abusada desde os 12 [anos], e agora que veio à tona, só que daí os familiares não sabiam da história [...] (mulher; branca; Enf.). URP11</p> <p>Eu acho que [a diferença da mulher urbana e da mulher rural] é bem relacionado ao local mesmo que elas se encontram. As mulheres rurais no campo... tem talvez menos acesso se sofrerem algum tipo de violência até pela questão de sair do rural para procurar ajuda. E a mulher urbana, é a mulher da cidade, que tem acesso rápido e fácil. [Ela] grita e um vizinho está ali. No rural não, teria essa dificuldade de localidade e talvez nem tenha vizinho próximo (mulher; branca; téc. Enf.). URP3</p>	<p><b>Convergência</b></p> <p>Os profissionais de saúde identificam a ocorrência da violência sexual no âmbito rural, convergindo com os dados quantitativos. Também destacam-se os desafios pelos profissionais enfrentados para dar-se à visibilidade à violência.</p>
	<p>Na violência onde o namorado foi o principal agressor é observada uma maior relação com o meio urbano (n=952/p=0,03)</p>	<p>Desafios na identificação da violência</p> <p>Por isso que filhas de pessoas violentas muitas vezes procuram homens violentos [para se relacionar]</p>	<p><b>Convergência</b></p> <p>Em tela, compreende-se o entendimento dos profissionais com a repetição dos ciclos de violência, logo os</p>

		e o ciclo se repete [...] “ele me bate, mas ele me cuida” (mulher; branca; Enf.). URP14	dados convergem visto que as mulheres que vivenciam a violência tem mais chances de relacionar-se com homens violentos
	O meio rural apresentou maior relação com os casos de violência onde o agressor foi o filho (a) (n=949/p=0,04)	Desafios na identificação da violência  É um ciclo de violência, o meu pai fazia com minha mãe ou fazia, meu esposo e filho faziam comigo. Muitas mulheres também não se reconhecem [como vítimas da violência] e nós [profissionais] estamos na mesma [de não reconhecer] (mulher; branca; Enf.). URP14  Às vezes a mulher não se reconhece como vítima de violência, para ela é normal, ainda mais no meio rural [...] é cultural pra elas, elas não acham que é violência (mulher; branca; Enf.). URP14	<b>Convergência</b>  Os profissionais de saúde compreendem que as mulheres naturalizam o ciclo da violência, principalmente no meio rural.
Identificação e notificação da VCM urbanas e rurais	Existem divergências quando analisadas separadamente entre os municípios: os números da população feminina com o número de notificações. É identificado que alguns municípios mais populosos como Palmeira das Missões com população feminina 17.140 com 29 notificações e Redentora com 4.801 mulheres e 77 notificações no mesmo período (2022).	Identificação e notificação da violência  Uma vez eu tive uma situação de uma usuária que falou horrores por uma situação de trabalho que eu nem sabia e foi horrível, e daí?! Não fiz nada (mulher; branca; Enf.). URP14  Eu acho que na verdade quando chega [usuário] a gente nem se toca [de notificar] e a gente se envolve ali com o caso da pessoa (mulher; branca; Enf.). URP12	<b>Convergência</b>  São identificados os casos de violência pelos serviços de saúde, porém o não registro das violências converge com o comparativo de dados quantitativos apresentados, visto que municípios menos populosos identificaram mais situações de violência que municípios mais populosos.
Registro de VCM na rede de atendimento às mulheres	Os dados analisados apresentaram divergências no comparativo de violências total e por municípios, visto que na mesma base de dados os valores totais de notificação de mulheres	Notificação da violência  Eu marquei vários [tipos de violência na ficha de notificação]... eu marquei física, psicológica por que não deixa de ser, e financeira [...] [explicação ao grupo: mas só podemos marcar	<b>Convergência</b>  As UR mostram que os profissionais identificam os diferentes tipos de violência e, ao registrar na ficha, não tem clareza suficiente para

	<p>na região (n=217) diverge do valor total de violências recuperadas no sistema (n=281) no ano de 2022</p>	<p>uma] então seria física (mulher; branca; ACS). URP5</p> <p>[No campo “Tipo de violência”] Eu botei física, psicológica/mora, tortura, financeira/econômica porque provavelmente deve ta querendo o dinheiro dela, negligência/abandono por que ela já tem 70 anos. Isso ai [...] [explicado ao grupo que neste campo só pode ser marcado uma alternativa] a principal então [devo marcar]?! então física.[...] Só uma?! será?! ...pois o sistema [SINAN] permite [marcar mais de uma] [...] mas no momento [eu marco] a que prevaleceu no ato?! (mulher; branca; Enf.). URP4</p>	<p>informar corretamente a violência. Fato este que é permitido pelo sistema de registro (SINAN), porém difere das atuais orientações de notificação de violência.</p>
	<p>Comparativo das mulheres que buscam diferentes serviços de saúde e a integração dos dados.</p> <p>Dados de análise: Notificação de saúde na região (n=217) com os dados de segurança pública (n=813).</p>	<p>Notificação da violência</p> <p>Pois isso que os dados não fecham [...] a gente identificou que eles [IML] não notificaram [...] (mulher; branca; Enf.). URP14</p> <p>Eu acho que os dados do SINAN e os [dados] da polícia já dizem que: ou ela não procurou o serviço de saúde, ou a gente deixou de notificar [...] por que se ela [mulher] procurou a polícia, ela [mulher] disse que era violência [para polícia] (mulher; branca; Enf.). URP8</p> <p>Não existe notificação da parte da assistência e da parte do Conselho Tutelar, e eles trabalham com isso (mulher; branca; Enf.). URP14</p>	<p><b>Convergência</b></p> <p>As UR mostram que os profissionais de saúde atuantes na rede de atendimento às mulheres em situação de violência não realizam a notificação, compreende-se que isso colabora para o diferencial de registros entre saúde e segurança, mas também identifica-se uma fragilidade no entendimento nas UR referente ao ato de notificar na saúde.</p>

Fonte: Construído pela autora a partir da análise de método misto.

A PNVS compreende a vigilância em saúde como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação e análise de dados (Conselho Nacional de Saúde, 2018) e a notificação em saúde permite adentrar neste fluxo. Ainda, a Lei de 2003, aborda os mecanismos para

facilitar a notificação compulsória, o sigilo da notificação e para os casos de não realização da mesma o estabelecimento de infração da legislação referente à saúde pública (Brasil, 2003). Neste contexto, compreende-se que a não notificação da violência é uma infração do profissional de saúde, no entanto não há uma cobrança por parte da gestão do serviço. O que se observa são ações de formação complementar com o tema que incentivam os profissionais a realizar a notificação.

Estas informações e a necessidade de ampliação das discussões relacionadas à vigilância em saúde, principalmente a vigilância e monitoramento da violência podem impactar diretamente nos achados desta pesquisa.

Nas primeiras variáveis quantitativas do quadro é apresentado a ocorrência da violência na zona urbana (58,7%) em comparação a rural (32,3%) e a periurbana (0,6%). Já nas variáveis qualitativas observa-se que os profissionais de saúde compreendem que a mulher na zona urbana tem uma maior autonomia na busca de ajuda quando comparadas à mulher rural. Considerando o exposto, observa-se a convergência dos achados apresentados.

Ao avaliar os estudos passados (Cruz e Irfi; 2019; Bervian et al., 2019), pode-se aferir que relações culturais também influenciam na invisibilidade da violência pelas mulheres que a vivenciam, não descartando que o mesmo ocorra entre os profissionais de saúde que as atendem.

Neste contexto, concebe-se que além da abordagem, em uma educação permanente em saúde e quanto às notificações de violência ressalta-se a importância dos profissionais de saúde acessarem particularidades no âmbito territorial, como as encontradas na zona rural (Oliveira et al., 2020). Isso visando o preconizado na PNVS onde refere-se a integralidade da atenção, através do acesso às ações, serviços e produtos que contribuam nas demandas e necessidades da população assistida (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Nesta direção, Costa et al. (2019), em sua pesquisa identifica que os profissionais com atuação na área rural, utilizam-se de estratégias para seus atendimentos e relações com as mulheres, como: a escuta atenta e sensível, o vínculo, as orientações, a visita domiciliar, o trabalho em equipe e a utilização dos demais serviços da RAS. Porém, os mesmos profissionais identificam a necessidade do desenvolvimento de habilidades e um protocolo orientador no atendimento das mulheres em situação de violência, bem como a sensibilização das mulheres para a temática.

Ainda, compreende-se que o espaço geográfico representa um limitador de acesso à saúde e demais serviços públicos, visto que os serviços encontram-se regionalizados no perímetro urbano, porém o modo de vida e viver também influenciam. Nessa perspectiva, uma das formas de sensibilizar as mulheres para a VCM pode ser a realização de capacitações mais

específicas para a mudança de comportamento das mulheres e profissionais de saúde, no âmbito da identificação da violência e, assim, registro e notificações dos casos (Batista; Schraiber; D'Oliveira, 2018), além da garantia de acesso ao cuidado nas localidades rurais e resposta rápida para suas demandas de saúde e segurança.

Vale destacar que o profissional de saúde assume a responsabilização pelas necessidades da pessoa atendida, essa pode concretizar-se através de um atendimento, registro e encaminhamento adequado (Brasil, 2017b). Assim faz-se necessário considerar as particularidades de toda população em um território assistido, porém no caso da VCM o agravo de saúde compromete toda uma sociedade e cabe a estrutura pública (re)conhecer que a notificação de saúde é o 'primeiro passo' no enfrentamento da violência, além de garantir o acesso e atendimento por profissionais sensibilizados e capacitados para o acolhimento das mulheres e seus familiares, proporcionando os encaminhamento necessário para promoção e recuperação de saúde, enfrentamento da violência (Neto; Girianelli, 2020) e a divulgação dos dados de interesse públicos (Brasil, 2011b). Isso com o objetivo de promover a resolutividade do SUS em atender as demandas da população, individual ou coletivamente (Brasil, 2017b), bem como, garantir acesso às informações de saúde e serviços de vigilância em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

A próxima aproximação dos dados também mostrou convergência entre os achados, visto que compreendeu-se que o distanciamento dos dados estariam refletidos pela não notificação dos profissionais de saúde, mesmo com as mulheres atendidas e identificadas em uma situação de violência ou suspeita da mesma. Não indo ao encontro do preconizado pela legislação vigente (Brasil, 1975; Brasil, 2003).

Os achados quantitativos apresentaram divergência entre o número de notificações e o cálculo estimado da OMS (2021) e OPAS<sup>38</sup> (2021), visto que os valores totais de notificação recuperadas da região estudada (n=217) e o cálculo estimado de mulheres em situação de violência (n=26.966) apresentou significativas diferenças quantitativas.

Ao analisar os achados qualitativos pode-se inferir que existe fragilidade na identificação e notificação da violência no território. Neste contexto, Barufaldi et al. (2017) destacam que existe a subnotificação mesmo das mulheres que procuram as unidades de saúde pela invisibilidade da violência, seja pelas mulheres ou profissionais de saúde, logo, ocorre a naturalização da mesma. Algo similar é proposto por Souza et al. (2018), quando se refere que

---

<sup>38</sup> Nota da autora: Lembrando que o cálculo estimado da OMS (2021) e OPAS (2021) considera que uma em cada três mulheres são vítimas de violência, logo, o cálculo é realizado dividindo o valor total da população feminina de um território por 3 e o resultado é o número estimado de mulheres em situação de violência.

a violência ainda é um problema de saúde ‘oculto’ na sociedade e não recebendo o devido interesse pelos próprios profissionais de saúde. Assim, entende-se que identificar a violência não oferece garantias que a mesma seja notificada, logo, espera-se que a VCM seja desvelada (Kind et al., 2013).

Vale destacar que o cálculo estimado demonstra a invisibilidade das mulheres em situação de violência, porém não se exclui a possibilidade que o mesmo esteja supervalorizando a ocorrência da VCM na região. Porém, mesmo nesse contexto, compreende-se que a invisibilidade da violência e a subnotificação pelos serviços de saúde precisa ser compreendido também como um problema de gestão e fragilidade na aplicabilidade das políticas públicas (Batista; Schraiber; D’Oliveira, 2018), pois a notificação em saúde pode proporcionar a aproximação entre serviços dentro de uma rede multiprofissional e interinstitucional, com o objetivo de uma atuação rápida e eficiente às demandas das mulheres, além do enfrentamento da violência (Garbin et al., 2015).

Considerando o exposto, compreende-se que a (in)visibilidade é uma linha tênue entre o profissional que identifica a violência e notifica a mesma, o que identifica a violência e não notifica e o que não identifica a violência (Kind et al., 2013).

Para a violência ter visibilidade na rede de atendimento primeiramente precisa-se assumir a existência da mesma de forma a mobilizar a estrutura política pública e operacional para o enfrentamento da VCM (Souza et al., 2018), também preconizando na prática do que está descrito e pautado na PNVS (Conselho Nacional de Saúde, 2018) e na legislação vigente. Isso pois, considera-se que para o desenvolvimento de estratégias e a construção de uma rede (com diferentes serviços públicos) eficiente no atendimento às mulheres em situação de violência faz-se necessário conhecer a prevalência e comportamento deste fenômeno conhecido como violência (Massaro et al., 2019).

Vale destacar ainda, que Cruz e Irfi (2019) concluíram em seu estudo a relação entre autopercepção da violência e o relato de vitimização, também que em mulheres da área urbana a relação é significativa para o agressor conhecido, enquanto as mulheres em área rural para agressores desconhecidos. Esta reflexão é importante, visto que o estudo de Bervian et al. (2019) destaca que a VCM rurais pode ser influenciada, também por questões culturais e intergeracionais, compreendendo assim que a mesma pode ser minimizada, invisibilizada e naturalizada por elas.

Também, os profissionais de saúde podem apresentar dificuldades no atendimento às mulheres em relação a violência, e por isso, não abordam sobre a temática durante as consultas de rotina (Silva; Ribeiro, 2020). Além do exposto, vale considerar que o atendimento em área

rural vivencia a ausência de vínculos significativos, não conhecimento dos serviços de atendimento, pouca ou limitada articulação social e com a RAS, unidades de saúde mais isoladas ou referência o atendimento para o perímetro urbano, além da sobrecarga institucional (Mapelli et al., 2020), essa pode ser compreendida como a falta de recursos (físicos, materiais e institucionais) na oferta de atendimentos.

Diferente da associação anterior, a próxima metainferência apresenta a divergência entre os achados. Isso visto que os dados quantitativos expressam maiores associações de VCM para mulheres brancas (n=528/80%) e pardas (n=79/12%) no território urbano, e mulheres brancas (n=216/59,5%) e indígenas (n=105/28,9%) para o território rural. Entretanto, ao analisar os estratos qualitativos, compreende-se que os profissionais têm dificuldade no empreendimento deste campo/informação na FN.

Vale destacar que o Instrutivo Viva, aborda na sua página 34, as informações referentes ao preenchimento deste campo (Brasil, 2016b). O mesmo instrumento destaca a auto atribuição ou autodeclaração e classificação estabelecida pela mulher identificada. Ainda se encontra destacado no referido instrumento que este pode considerar informação de terceiros como familiar/responsável/acompanhando no caso de notificações para crianças. Neste contexto, também se destaca o aplicativo NotiViva (Assessoria de Imprensa da Escola de Enfermagem da UFMG, 2022), o qual permite a busca esclarecer as dúvidas diante do preenchimento da FN<sup>39</sup>.

Não se exclui a possibilidade do desconhecimento dos profissionais de saúde frente aos mecanismos e ferramentas que possibilitam o esclarecimento de dúvidas frente ao preenchimento da FN, porém destaca-se a existência dos mesmos. Essa premissa torna importante a reflexão dos e aos profissionais de saúde frente ao conhecimento esperado deles a atuação em vigilância em saúde conforme previsto na PNVS (Conselho Nacional de Saúde, 2018) e no exercício da notificação, conforme previsto na legislação (Brasil, 2011c; Brasil, 2014).

Vale destacar ainda, que nos estudos de St. Cyr et al. (2021) não encontraram associação estatística para VPI e raça/etnia, bem como não foi encontrado convergência entre os achados de pesquisa. Porém ressalta-se a identificação de VPI em todas as mulheres estudadas e a hostilidade vivenciada por algumas mulheres.

A identificação das características da população é importante, visto que permite delinear um perfil de mulheres em situação de violência. Vale considerar ainda que Souza et al. (2020)

---

<sup>39</sup> Nota da autora: Uma simulação de busca pode ser observada no ANEXO B.

ao avaliar a incompletude das variáveis da FN nos anos entre 2011 e 2014 no Brasil, classificou esta variável (raça/cor) como regular para o seu preenchimento, sendo este um campo de preenchimento essencial.

O preenchimento correto da FN perpassa o conhecimento adquirido frente a tal instrumento. Desta forma faz-se necessário destacar a necessidade do desenvolvimento do trabalho multiprofissional e multisetorial visando estratégias de enfrentamento e monitoramento da violência de acordo com a real situação encontrada no território. E para isso precisa-se considerar as populações, etnia, cultura, faixa etária, características sociodemográficas, a realidade local e hábitos sociais e coletivos, dentre outros comportamentos de perpetuação da violência ou enfrentamento da violência (Valenzuela et al., 2022).

Na metainferência relacionada ao campo “escolaridade” com os extratos de análise temática é observada a convergência dos dados. A variável de ‘escolaridade’ (n=721/p=0,01) apresentou maiores valores de notificações para mulheres de baixa escolaridade nos três espaços estudados. Das ocorrências na zona urbana as mulheres com Ensino Fundamental incompleto representavam 41,4% das notificações, enquanto no rural esta mesma escolaridade esteve em 60,2% das notificações e no periurbano em 50%.

Na etapa qualitativa, é observado que os profissionais de saúde identificam a baixa escolaridade como um fator de risco para ocorrência da violência. Ainda, não se excluiu a possibilidade da subnotificação dentro dessas áreas.

Outros estudos já relataram a conexão de VPI com níveis mais baixos de escolaridade (Lennon et al., 2021; Mascarenhas et al., 2020; Nabaggala; Reddy; Manda, 2021). Neste contexto, vale considerar que o acesso à educação pode atuar como um fator protetivo às mulheres, bem como, auxiliá-las na busca de recursos para enfrentamento da violência.

Ademais, destaca-se a complexidade no relacionamento do acesso aos serviços de saúde, aos níveis de educação das mulheres e o reconhecimento da violência, pois compreende-se que mulheres distantes dos serviços urbanos (como as mulheres que vivem em contexto rural) podem apresentar mais dificuldades de acessar os serviços públicos e de enfrentamento da violência. Ainda, mulheres com níveis mais baixos de escolaridade estariam mais suscetíveis ao ato violento e ao reconhecimento do mesmo (Cruz; Irffi, 2019; Nabaggala; Reddy; Manda, 2021).

A utilização de diferentes estratégias para a identificação da violência e acesso da população na área rural podem auxiliar na atuação dos profissionais de saúde nos casos de violência (Costa et al., 2019). Da mesma forma que o incentivo a educação da população e

estruturas educacionais pode proporcionar ou contribuir para o desenvolvimento de fatores protetivos das mulheres, bem como, auxiliar os profissionais de saúde no atendimento das mesmas (Batista; Schraiber; D'Oliveira, 2018; Machineski, 2023; Mascarenhas et al., 2020).

Ainda, Souza et al. (2018) trazem em seus estudos que muitos dos profissionais pesquisados não adotaram uma atitude frente a uma situação de violência atendida, pois somente 22% notificaram casos suspeitos de violência e 30,2% casos confirmados de violência. Fato esse que pode ser abordado e (re)significado em estratégias de educação individual e coletiva, com profissionais e a comunidade.

Quanto aos registros oficiais de violência, não se exclui a existência de casos que se encontram invisibilizados. Bem como, a normalização da violência no âmbito individual e social, fato este que se comporta como uma barreira na busca por ajuda e identificação da violência (Lennon et al., 2021). Entretanto, vale considerar que a fragilidade dos dados oficiais e a ausência dos mesmos impactam negativamente no planejamento das ações de vigilância em saúde (Leite et al., 2023), e no desenvolvimento de políticas e programas em prol da população e das mulheres em situação de violência.

Na análise dos dados relacionados à variável de “situação conjugal” (n=850) e a zona de ocorrência da violência (p=0,01) em comparativo com os extratos de análise qualitativos foi observado, também, a convergência entre os achados.

Nos achados quantitativos (n=850), observa-se mais notificações com ocorrência na área urbana, porém ao estudar os achados por zona de ocorrência nota-se que no urbano 45,4% das violências são com mulheres casadas/união estável e 41% com mulheres solteiras; já no rural nota-se que 56,5% das violências são com mulheres casadas e 36% com solteiras; e o periurbano apresenta 40% das notificações tanto para mulheres casadas/união estável quanto para solteiras.

Com os dados quantitativos pode-se inferir que a violência com mulheres casadas ou em união estável está mais relacionada à zona rural, do que às demais.

Em contraponto, os extratos de análise qualitativos corroboram que a violência no ambiente rural seriam maiores que os demais, porém os mesmos estariam invisibilizados por questões culturais e comportamentais das mulheres e dos profissionais que atendem e podem realizar a notificação, como observadas nas UR.

Ao assumir a premissa como reflexo do território, vale destacar os achados de Machineski (2023), que conclui em seu estudo a complexidade da VD e identifica sua baixa demanda nos serviços de saúde, quando relacionado à frequência da violência vivenciada no território. Logo, muitos casos de VCM não buscam atendimento aos serviços de saúde (La

Salud, 2020) e são resolvidos no âmbito domiciliar. Arrisca-se ainda a acreditar que muitos casos de violência não chegam ao conhecimento de nenhum serviço público.

Ao relacionar a VPI no cenário rural, vale considerar que as barreiras físicas impostas pelo distanciamento geográfico são fatores reais (Stoff et al., 2020) que devem ser consideradas no acesso das mulheres aos serviços públicos de atendimento e enfrentamento da violência. Nos estudos de Cruz e Irffi (2019) na amostra da população rural foi identificado que 2% das mulheres sofriam violência quase diariamente e 18,23% tinham sofrido violência no último ano e seu agressor era uma pessoa conhecida.

Nesse contexto, compreende-se que a APS mantém um contato mais próximo da população e que a mesma poderia contribuir na identificação dos casos de VCM e realização de estratégias de prevenção da violência e promoção da saúde (Silva; Ribeiro, 2020), porém alguns profissionais de saúde consideram a população rural como desfavorecida de recursos e acesso à saúde devido a sua condição de vida e situações impostas ao meio rural (Oliveira et al., 2020).

Quanto à aproximação dos dados relacionado à tipificação da violência (n=990), a “violência sexual” apresentou diferenças estatísticas ( $p=0,00$ ) quando comparadas à zona de ocorrência da violência.

Ao analisar os achados quantitativos, é observado uma maior associação da violência sexual com a ocorrência na zona periurbana com 28,6% (n=2) das notificações nesta área, seguida pela zona rural com 12,3% (n=43) das notificações. Ao considerar os achados compreende-se uma maior associação da violência sexual no território rural.

Com a análise dos fragmentos qualitativos observa-se que os profissionais de saúde identificam a violência sexual no meio rural, bem como as dificuldades de identificá-la, acesso aos serviços de saúde pelas mulheres e o tempo decorrido da violência até a visibilidade da mesma. Desta forma compreende-se a convergência dos dados em tela.

Ao considerar a violência sexual, precisa-se compreender que a subnotificação está atrelada a dificuldade das mulheres em identificar a violência na sua relação conjugal, isso podendo contribuir para a invisibilidade da mesma (Shaheen et al., 2020).

Esta premissa pode estar em concordância com os achados de Cruz e Irffi (2019), nos quais foi observado que nenhuma mulher rural relatou ter passado por uma violência sexual onde o agressor foi um conhecido. Entretanto, o mesmo estudo aborda que 1,4% das mulheres que vivem em contexto rural referiram a violência sexual onde o agressor foi um desconhecido.

Vale destacar que através da invisibilidade da violência dificilmente as mulheres vão ter suas demandas atendidas pela saúde e segurança, isso acaba expondo-as a outros tipos de

violência pelos próprios serviços (Gonsalves; Schraiber, 2021). A subnotificação, ainda, pode ocorrer pela (des)organização da APS e da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, sobrecarga de trabalho dos profissionais que atendem às mulheres, o entendimento que a notificação é uma ‘denúncia’ ou que não acarretará resultado, a priorização técnica dos profissionais de saúde e a desarticulação dos serviços de saúde, dentre outros fatores (Kind et al., 2013).

Entretanto, é importante notificar os casos de violência, compreender a situação epidemiológica local, subsidiar as políticas públicas para melhorias da RAS, promover a atenção nos casos de violência e proteger e garantir os direitos das mulheres em situação de violência ou que a enfrentam (Brasil, 2017b). VCM é uma NC, logo, é primordial que a mesma seja realizada pelos profissionais de saúde (Brasil, 2014).

Quando aproximados os achados relacionados ao grau de parentesco do agressor com a mulher, foram encontradas diferenças estatísticas na variável “namorado” (n=952) com associação à zona de ocorrência da violência (p=0,03). Neste, foi identificado que 5,2% das notificações registradas apresentaram maior associação com a zona urbana.

Quando comparados aos resultados qualitativos, encontra-se a convergência dos dados em tela, visto que a compreensão dos profissionais de saúde é que as mulheres podem vivenciar a violência com o namorado, considerando esse com PI.

No estudo misto de St. Cyr et al. (2021), que investigou a VPI e a violência estrutural na vida de mulheres encarceradas no rural, observa-se com a convergência dos achados uma associação forte e frequente de violência na infância e a VPI na fase adulta. Este achado vem ao encontro do extrato qualitativo apresentado nesta associação.

Assim, reforça-se que a identificação da violência é primordial para proteção das mulheres, independente da fase que a violência ocorra, bem como o estudo do comportamento e monitoramento da violência em um determinado território ou grupo populacional.

Ainda, destaca-se que a VPI é amplamente investigada no cenário nacional (Barros; Schraiber, 2017; Mascarenhas et al., 2020; Schraiber; Barros; Castilho, 2010) e internacional (Ferreiros; Clemente, 2023; Lennon et al., 2021; Nabaggala; Reddy; Manda, 2021; Stoff et al., 2020).

O estudo da violência permite ampliar a visibilidade da mesma e dessa forma pode-se discutir e compreender este complexo fenômeno e seu comportamento. Porém, compreende-se que para dar visibilidade à violência faz-se necessário identificar e registrar os casos, para que os mesmos resultem em dados oficiais de monitoramento do território. A notificação da violência está prevista na Lei nº 10.778 de 2003 para todas as mulheres atendidas e em situação

de violência nos serviços públicos e privados (Brasil, 2003).

Quando a metainferência dos achados relacionado a violência onde o filho (a) (n=949) foi o principal agressor (p=0,04), foi identificado uma maior associação da violência com este agressor na zona rural (n=17/5,1%).

Ao aproximar os achados com os fragmentos de análise qualitativa observa-se a convergência dos dados, visto que os profissionais de saúde compreendem que as mulheres naturalizam a violência, principalmente no meio rural. Isso seria resultado da aproximação ou vivência do ato violento em diferentes fases do ciclo da vida.

Neste contexto, vale considerar que a naturalização da violência por elas está intrínseco na sua constituição enquanto mulher e construção social, logo, esse comportamento pode ser perpassado ou reproduzido nas gerações subsequentes (Bervian et al., 2019). Corroborando com isso, Valenzuela et al. (2022) destacam em seu estudo que as mulheres muitas vezes respondem com ao comportamento agressivo a privação de direitos e escolhas, além de sua passividade ao vivenciar a subjugação ao masculino. A mesma autora destaca a perpetuação da violência nesse contexto.

Compreende-se com as reflexões que o enfrentamento da violência e a visibilidade da mesma precisa perpassar as construções sociais das mulheres em situação de violência, dos agressores e seus familiares. Ademais, para a ocorrência da notificação da violência faz-se necessário o estranhamento ao ato violento, para que o mesmo seja identificado e notificado.

As fragilidades da notificação também podem ser visualizadas na convergência dos achados relacionada ao número populacional e as notificações de saúde recuperadas pelo SINAN, referente a VCM urbanas e rurais.

Os achados quantitativos apresentaram divergências entre eles, pois espera-se ou supõem-se que municípios mais populosos teriam maiores números de notificações ou situações de violência. Vale destacar, neste íterim, que se espera o cumprimento da Lei nº 10.778 de 2003, que refere a notificação compulsória dos casos de VCM atendidas nos serviços de saúde, públicos e privados (Brasil, 2003) e da Portaria nº 1.271 de 2014 que também aborda a obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde (Brasil, 2014).

Salienta-se que as FN são consequências de mulheres atendidas nos serviços de saúde e notificadas, não se exclui nesta premissa mulheres que passaram por esses locais e não houve o preenchimento da FN, bem como, mulheres que não frequentaram os referidos serviços. Logo, compreende-se que, para notificar, o profissional de saúde precisa identificar a violência e essa função perpassa mecanismos mais complexos relacionados a cultura, economia, educação, modo de vida e viver.

Estas reflexões podem ser compreendidas ao considerar os achados qualitativos, os quais destaca dois momentos pelas UR: primeiramente a profissional de saúde não identificou a violência a qual foi submetida no seu ambiente de trabalho e no segundo momento há referência ao atendimento imediato a violência ou demandas ocasionadas por essa, ficando a notificação como uma atuação secundária.

A convergência dos dados neste tópico de análise foi compreendida pois a falta de notificações evidenciadas na etapa quantitativa podem ser ocasionadas pela não identificação dos casos de violência ou pela priorização das demandas de saúde imediatas. A invisibilização da violência foi abordada no estudo de Barros e Schraiber (2017) no qual homens e mulheres possuíam baixa percepção de ocorrência de violência vivenciada, logo, compreende-se que isso compromete a identificação da violência em si e no outro. Também, Sturbelle et al. (2019) concluem em sua pesquisa com profissionais de saúde da UBS que existe uma prevalência de 69,8% que são expostos a algum tipo de violência no trabalho. Comparando este estudo com os resultados qualitativos da pesquisa, pode-se inferir que alguns (ou muitos) desses casos estão subnotificados.

Ademais, nesses dois casos não é realizada a notificação de violência como priorizado na legislação vigente em território nacional, impactando diretamente nos dados de análise. Ressalta-se ainda que um dos objetivos do SUS, pautados pela Lei 8080/1990, é a identificação e a divulgação de fatores condicionantes e determinantes de saúde (Brasil, 1990), logo, compreende-se que este objetivo não é alcançado nas condições de VCM.

Entretanto, pondera-se que os serviços de gestão em todas as instâncias precisam responsabilizar-se na contribuição do fortalecimento das notificações em saúde e, para tal, a legislação e a implementação de novas estratégias de monitoramento e enfrentamento da violência precisam estar acompanhadas de ações de educação permanente (Delziovo et al., 2018; Gaspar; Pereira, 2018). Corroborando com esta reflexão tem-se a próxima metainferência realizada nesta pesquisa.

Na próxima metainferência dos dados, são apresentados os dados quantitativos relacionados à recuperação das notificações através do número de registro por ano (n=217) e por violência (n=281). Os dados quantitativos apresentaram divergência entre eles, visto que foram notificadas mais violências do que FN no período de 2022. Esta informação corrobora com os achados qualitativos, pois durante o exercício de notificação houve a marcação de mais de uma violência em cada notificação, bem como, foi abordado a possibilidade de fazer-se isso na inserção da notificação no SINAN.

Esta informação vem ao encontro dos achados no estudo de Andrade et al. (2020), que

ao investigar as notificações de violência identificou diferentes marcações quanto ao número de violências, como uma violência em 55,5% das notificações, duas em 31,3%, três em 8,7%, quatro em 3,7% e cinco em 0,8%; e do estudo de Neto e Girianelli (2020) que, ao pesquisarem as notificações no período de 2008 a 2015, identificaram que 12,5% receberam a marcação de múltiplos tipos de violência.

Compreende-se que estes resultados estão diretamente relacionados ao quantitativo diferenciado entre FN e violências marcadas em um mesmo período na etapa quantitativa desta pesquisa. O que vem ao encontro aos achados e pressupostos da metainferência.

Ademais, não descarta-se que quando uma mulher sofre uma violência, a mesma passe por mais de uma, sobrepondo-as e reconhecendo múltiplas violências em uma mesma situação (Andrade et al., 2020), uma das formas de compreender a diferença das notificações foi resgatando o Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de 2009 (Brasil, 2009a), visto que nesse encontram-se os dizeres de que “em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência e que todos os quadrículos devem ser preenchidos”, além disso, o preenchimento completo da FN pode apresentar diferentes interpretações visto que ora pode ser compreendido como preenchimento de todas as violências interpretadas pela mulher ora pelo preenchimento negativo das violências não vivenciadas, em ambas as formas todos os quadrículos estariam preenchidos.

Entretanto, a orientação contida no instrutivo VIVA é que “para fins de registro no Sinan, deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência” (Brasil, 2016b). Como as notificações de violência foram resgatadas do SINAN, compreende-se que esta orientação não está sendo aplicada visto que os dados contidos na Tabela 3<sup>40</sup> deste trabalho fazem referência ao ano de 2020 e o manual de orientação foi publicado em 2016.

Não se excluiu a possibilidade do limitado acesso ou aplicabilidade da orientação frente à marcação de um tipo de violência, bem como, a não coerência do sistema através da identificação de mais de uma violência quanto à sua notificação. Neste ínterim a PNVS destaca a responsabilidade dos Poderes na formação e capacitação para os profissionais de saúde em vigilância em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018) e compreende-se que a notificação da VCM se inclui neste processo. Assim, os profissionais de saúde precisam receber capacitações de forma a sensibilizá-los para realizar a notificação da VCM, mas que a mesma seja realizada corretamente (Lawrenz et al., 2018).

Destaca-se ainda (considerando a UR) que o SINAN permite a marcação de mais de

---

<sup>40</sup> Nota da autora: Esta tabela encontra-se na página 82 deste trabalho.

uma violência indo de encontro com a atual orientação e a PNVS também se refere à responsabilidade de assegurar recursos e tecnologias que contribuam no aperfeiçoamento e melhorias das ações ofertadas (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Os achados encontrados nesta aproximação apresentam convergência.

Ainda referente ao registro da VCM nos serviços da rede de atendimento às mulheres com os extratos de análise sobre a temática. Os dados quantitativos apresentaram números diferentes no comparativo entre saúde (n=217) e segurança (n=813), fato este ao qual pode-se aferir que o serviço de segurança registra mais mulheres em situação de violência do que os serviços de saúde.

Já na etapa qualitativa, pode ser observado que profissionais de saúde atuantes fora da APS não realizam a notificação da violência, porém destaca-se que a PNVS tem atuação em todos os níveis de atenção à saúde, serviços e estabelecimentos que se relacionem com a saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

A Portaria nº 1.271 de 2014, refere-se à obrigatoriedade da notificação compulsória “para médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados que prestam assistência ao paciente” (Brasil, 2014). Nessa premissa, compreende-se que trata-se de todo profissional de saúde no exercício de sua função deveria realizar a notificação, mesmo que este não esteja atuando na APS ou em algum serviço de saúde, mas sim quando for ofertado o atendimento em saúde.

Nesse contexto, não se exclui as possíveis interpretações que a legislação permite (para a não realização da notificação), bem como o desconhecimento da mesma. Quanto à metainferência de dados, novamente, tem-se a convergência dos mesmos.

A complexidade da violência requer um atendimento multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial e em rede (Gonsalves; Schraiber, 2021). Destaca-se neste momento a reflexão de uma única rede de atendimento que engloba todos os recursos que a mulher pode usufruir ou necessitar no atendimento, ruptura do ciclo da violência e enfrentamento da mesma.

Neste cenário, as instituições de ensino assumem um importante papel de contribuição na avaliação e organização da rede de atendimento, bem como no desenvolvimento de estratégias exitosas de educação permanente em saúde para profissionais e a comunidade (Conselho Nacional de Saúde, 2018; Gonsalves; Schraiber, 2021) de forma a contribuir para os espaços comumente utilizado para a formação profissional.

Ainda, ao considerar o exposto vale destacar que a diferença dos dados converge com as UR apresentadas no Quadro 10, pelo entendimento que as mulheres ora buscam o serviço de saúde ora a segurança e ora ambos. Ainda, a frequência ou busca por um serviço público não

garante o registro da violência para essas mulheres.

Nesta conjuntura, destaca-se que uma rede de atendimento à mulher e uma LC fortalecida pode potencializar o cuidado das mulheres e seu enfrentamento da violência. Ademais a construção de espaços de diálogo entre os serviços de forma que ações de matriciamento poderiam ser realizadas visando à articulação e organização da rede de atendimento. Um espaço protegido para interação de saberes e ações (Menezes et al., 2014), bem como, de construção do conhecimento.

O aumento de serviços em um território não garante o atendimento de qualidade que as mulheres em situação de violência precisam (Aguiar; D'Oliveira; Schraiber, 2020), visto que a forma como a sociedade, em especial as mulheres, compreendem a violência vai interferir diretamente na busca de ajuda formal/oficial como a saúde e a segurança ou permanecer em situação de violência (Juarros-Basterretxea et al., 2024).

Entretanto, os profissionais de saúde (ou todo que atuam na rede pública) podem representar peças fundamentais na rede de apoio às mulheres que vivenciam a violência e seus familiares (Müller; López, 2023), porém para isso faz-se necessária a pactuação de responsabilidades e atuação em prol de um objetivo comum (Gonsalves; Schraiver, 2021; Kind et al., 2013).

Para proteger a mulher, faz-se necessário também ofertar atendimento aos agressores (independente do sexo). No estudo de Einhard e Sampaio (2020) fica evidente a necessidade da compreensão da violência frente à complexidade do ato violento por parte das mulheres e seus agressores, visto que esses determinam a produção e reprodução da VCM. Ademais, compreende-se que mesmo que primordial, a oferta de uma rede fortalecida para o atendimento às mulheres em situação de violência é parte do processo de mudança. Desvelar a violência e reconhecê-la como um problema de saúde pública e coletiva é a primeira estratégia de enfrentamento.

Ao avaliar os resultados encontrados nesta pesquisa e com a leitura do artigo de Silva et al. (2022) e sua representação de convergência dos achados através de figura, optou-se pela adaptação dos resultados desta pesquisa e apresentação conforme observado no estudo supracitado.

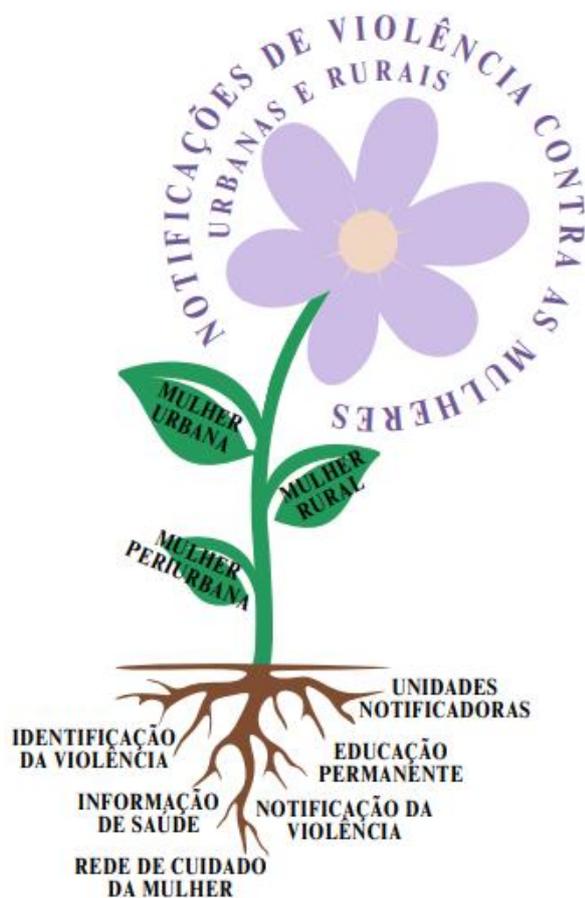
Na Figura 5, podem ser observados os principais achados desta pesquisa, na qual a 'flor' representada pela margarida simboliza a luta e enfrentamento da VCM. Neste íterim, as pétalas representam todas as notificações de VCM urbanas e rurais estudadas nesta pesquisa; as folhas representam as situações de violência e o local de ocorrência das mesmas, sendo a maior folha a representação das mulheres que vivem em contexto urbano, seguida por mulheres que vivem

em contexto rural e periurbanos, na menor folha; nas raízes estão representadas as ações de fortalecimento em prol da notificação da VCM, como: a identificação da violência em todos os serviços públicos e o fortalecimento das unidades notificadoras, a realização da notificação da violência, a educação permanente em vigilância em saúde, situações de violência e notificação; a transformações dos dados em informações de saúde e que essas sejam amplamente divulgadas, e o fortalecimento da rede de cuidado às mulheres em situação de violência.

Compreende-se que são raízes da flor na Figura 5, bem como as ações descritas nela, vão fortalecer as ações de notificações de saúde e potencializar o preenchimento da FN. Compreende-se que essas ações e a notificação da violência conforme prevista na legislação, possam responder e representar a real situação da violência no território nacional. Acredita-se que com a transformação do dado em informação de saúde, possa-se desenvolver estratégias de enfrentamento da violência e proteção das mulheres, bem como avaliar os serviços ofertados para elas no âmbito da saúde e segurança, dentre outros.

Para proteger as mulheres e evitar a violência faz-se necessário avaliar os fatores de risco, compreendê-los e trabalhar para que as mulheres consigam mais facilmente acessar os fatores de proteção (La Salud, 2020). Para o desenvolvimento deste cenário, compreende-se e reconhece-se que a notificação dos casos de violência é uma importante ferramenta que os profissionais de saúde, quando preenchem completamente seus campos pode dar visibilidade à violência contra mulher rural e urbana.

Figura 10 - Representação dos fatores associados à notificação de violência contra as mulheres urbanas e rurais



Fonte: Figura adaptada do texto de Silva et al. (2020) para os achados desta pesquisa.

Por fim, considera-se com a apresentação e discussão dos resultados que o terceiro objetivo secundário foi alcançado, visto que o mesmo analisa as interconexões das notificações de saúde e a prática dos profissionais nos casos de violência contra as que vivem em contexto rural, urbano e periurbano.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo alcançaram o objetivo geral proposto, que foi analisar as notificações de violência contra mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano no SINAN e o entendimento de profissionais no preenchimento da ficha de notificação.

A etapa quantitativa teve por objetivo caracterizar os casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano notificadas no SINAN. Nesta etapa, os dados apresentaram n=1.125 notificações distribuídas entre 2012 e 2020; os municípios com o maior número de notificações foram Palmeira das Missões (n=217) no urbano e Redentora (n=107) no rural; a principal faixa etária foi 20 a 29 anos (n=274/24,4%), mulheres brancas (n=818/72,7%) com ensino fundamental incompleto (n=369/34,2%), casadas ou em união estável (n=432/41,3%) e o urbano como principal zona de ocorrência (n=660/58,7%). As principais associações à zona urbana ocorreram para mulheres brancas, lesão autoprovocada e envenenamento; e quando o ex-cônjuge, o namorado, uma pessoa com relação institucional ou a própria pessoa foi o agressor; enquanto para o rural foi ensino fundamental incompleto, casadas ou em união estável, situações de violência sexual, e quando o filho foi o agressor ou o amigo/conhecido.

Também foram avaliados os comparativos para cada município, no qual foi identificado que Palmeira das Missões no ano de 2022 apresentava 33.216 habitantes, sendo que destes 17.140 eram mulheres, o cálculo estimado de mulheres em situação de violência é de 5.713, no entanto foram realizados neste período 29 notificações de violência, enquanto no serviço de segurança pública foram encontrados 253 registros. Já no município de Redentora, no mesmo período, a população total era representada por 9.738 indivíduos, desses 4.801 eram mulheres, o cálculo estimado para mulheres em situação de violência corresponde a 1.600, as notificações de violência na saúde representaram 77 casos e no serviço de segurança pública 65 registros.

Já na etapa qualitativa, o objetivo foi de avaliar o entendimento dos profissionais de saúde no preenchimento das notificações em casos de violência contra as mulheres que vivem em contexto rural, urbano e periurbano. Nesta etapa foi identificado que muitos participantes haviam frequentado alguma formação em vigilância em saúde ou de notificação, ou ainda conheciam a FN da violência. Participaram desta etapa 14 profissionais de saúde.

Na categoria 1: **Identificação da violência: tipologias da violência e dificuldades na prática dos profissionais de saúde** foram identificadas as diferentes natureza da violência, como: a violência física, verbal, sexual, psicológica e moral, e econômica; as mulheres tendem a reproduzir o comportamento de submissão de suas mães nas relações com seus parceiros, e

ressaltam o contexto rural como lugar em que esses papéis são mais difíceis de se romper; foi considerado como um obstáculo na identificação dos casos de violência a negação da mulher, a ausência de verbalização do ato violento pela mulher e o tempo que mulheres levam para falar e identificar que sofrem a violência; o desafio do próprio profissional de saúde de se ‘colocar no lugar de quem sofre violência’, mesmo que isso ocorra no local de trabalho e o olhar biológico na atuação profissional; foi identificadas particularidades da violência quanto ao cenário de residência (urbano e rural) que a mesma ocorre e ao comportamento social nesses espaços, fatores culturais, submissão das mulheres que vivem em contexto rural e migração para regiões urbanas por melhores expectativas de trabalho; os desafios de acesso e acolhimento, a relação profissional-mulher, relações comportamentais e a disponibilidade de serviços de saúde contínuo na rede de apoio, atendimento e enfrentamento da violência.

A categoria 2: **Notificação compulsória: desafios do ato de notificar os casos de violência contra as mulheres** encontra-se reflexões em que os profissionais de saúde reconhecem a existência da ficha de notificação, mas demonstram dúvidas e inseguranças quanto ao seu preenchimento e ao ato de notificar mesmo com a identificação de uma situação de violência; a prática dos serviços de saúde muitas vezes está distante dessa obrigatoriedade legal; a identificação das unidades de saúde com potencialidades para a notificação; fica reconhecido o fluxo de dados e ações de mudança no enfrentamento da violência e a falta de recursos humanos nas unidades de saúde como uma justificativa para não notificar.

Enquanto na categoria 3: **Sistema de informação: Desafios no preenchimento da ficha de notificação e inserção dos dados no SINAN** destaca-se que os profissionais conhecem a existência do SINAN, porém apresentam dificuldade de trabalhar no sistema e atualizar o mesmo; sinalizando a necessidade do acesso online e maior precisão dos campos para preenchimento dos dados; e o comprometimento das equipes de saúde em utilizar os dados epidemiológicos nas suas ações.

Já na categoria 4: **Comunicabilidade: A ausência de diálogo** evidencia-se a falta de comunicação entre serviços de saúde e setores da rede municipal em prol das estratégias de enfrentamento à violência, a comunicação contribui na organização dos serviços da rede de enfrentamento à violência e a ausência dessa é compreendida como um obstáculo no fluxo da informação a partir da notificação. Por fim, a categoria 5: **Vigilância à violência: A ausência do tema na formação em saúde e ampliação da educação permanente à profissionais** mostra o limitado acesso ao conhecimento relacionado às notificações de VCM, o reconhecimento da importância da formação complementar e a necessidades da inclusão do tema na graduação e de cursos técnicos de saúde.

Na etapa de convergência, o objetivo proposto foi de compreender as interfaces das notificações de saúde nos casos de VCM rurais e urbanas. Os dados foram apresentados em dois *Joint-display*. No primeiro, observa-se a convergência nos números populacionais e registro da violência, escolaridade, situação conjugal, violência sexual, namorado ou filho como agressor e divergência na variável de raça. Já no segundo *Joint-display* são representadas na forma de flor (raízes, folhas e pétalas) os dispositivos de fortalecimento das ações de notificação. Nesta etapa foi possível compreender as interfaces das notificações de saúde nos casos de VCM urbanas e rurais desenvolvidas neste estudo.

Entretanto, o desenvolvimento deste estudo apresentou limitações, as quais podem ser identificadas na etapa quantitativa pela incompletude dos dados resultado do preenchimento das FN recuperadas, pela indisponibilidade dos dados secundários na plataforma do SINAN que resultaram na alteração do recorte temporal inicialmente previsto e pela não disponibilidade das variáveis nas duas plataformas (Estadual e Federal) que impossibilitaram a mudança de plataforma durante a coleta de dados quantitativos. A indisponibilidade de dados resultou no aumento do período da coleta que ocorreu de dezembro de 2022 até início de maio de 2023.

Outra limitação desta etapa está relacionada à construção do banco de dados de análise, devido a grande quantidade de números e variáveis que foram coletados individualmente. Mesmo, sendo realizadas três conferências dos dados, visando a melhor aproximação do diagnóstico territorial proposto, ainda não se descarta a possibilidade de existência de viés ou “erro” não intencional na construção do banco de dados.

Na etapa qualitativa, a limitação do estudo foi identificada através da oscilação dos profissionais participantes dos GF e na aproximação de algumas variáveis, visto que não foram encontrados extratos de análise qualitativa referente aos pontos observados quantitativamente ou com significações estatísticas. Sendo que essa última, limitou a realização da terceira etapa desta pesquisa, da integração/aproximação dos dados. Ainda, não se excluiu a possibilidade de subnotificação para os casos de VCM no cenário estudado, o qual impacta diretamente nos achados desta pesquisa. Além de publicações com os dados coletados que não foram apresentados e utilizados nas reflexões expostas.

Apesar do exposto, esse estudo tem o potencial de compor e fornecer uma base de dados atualizada da região, podendo assim contribuir para pesquisas futuras sobre a temática e o desenvolvimento de educação permanente para profissionais e futuros profissionais da saúde.

Aos profissionais de saúde, as contribuições deste estudo também estão na ampliação das discussões frente a VCM e a incorporação das notificações nas práticas profissionais, bem como, o reconhecimento do território, o registro correto dos casos de violência e o

monitoramento dos achados epidemiológicos contribuem para o desenvolvimento do planejamento em saúde na micro e macrogestão, além de contribuir na organização orçamentária dos instrumentos de gestão. Ademais, essas contribuições vão de encontro à mais de uma política pública de saúde, além da PNVS.

Dentre os resultados, estão o encontro com os profissionais da rede da APS e representantes dos serviços de atendimento a mulheres em situação de violência (fotos no APENDICE J) dos serviços de Palmeira das Missões/RS.

O referido encontro proporcionou um espaço de diálogo compartilhado de saberes e a construção do conhecimento frente às notificações de violência e (re)conhecimento dos serviços disponíveis que podem ser acessados pelas mulheres e encaminhados pelos profissionais. Também, o desenvolvimento do projeto de extensão intitulado: “Educação permanente em saúde como estratégia potencializadora a qualificação de ações de vigilância à violência contra as mulheres urbanas e rurais” da UFSM/PM, o qual está em andamento com a participação de acadêmicos dos cursos da saúde e pós-graduação.

Os feitos desta pesquisa vão ao encontro das linhas de pesquisa ao qual a mestranda e sua orientadora estão vinculadas, como no NEPESC pela linha “Estudos acerca de cultura, gênero, violência, desigualdades/iniqüidades e políticas públicas na perspectiva da saúde coletiva e da ruralidade” e pelo PPGSR com “Vulnerabilidades da população no contexto da ruralidade”.

Quanto à devolutiva de dados aos profissionais dos municípios participantes desta pesquisa, os mesmos serão convidados para a defesa da dissertação. Além disso, será agendado um encontro para levar os resultados e propor o desenvolvimento de ações voltadas para a temática nos territórios e os dados também podem ser acessados através do material publicado cientificamente.

Ademais, destaca-se que não ficam esgotadas as discussões nesta temática, mas espera-se que o desenvolvimento deste trabalho contribua nas reflexões sobre a importância das notificações dos casos de VCM urbanas, rurais e periurbanas, e da vigilância em saúde, na responsabilidade dos profissionais atuantes dos serviços de saúde para identificação e registro dos casos no território.

Ainda, estimular a discussão e atualização das variáveis contidas na FN e no SINAN, a exemplo da “raça” com possibilidade marcação de ‘branca’, ‘negra’, ‘parda’, ‘amarela’ e ‘indígena’; essas opções de respostas precisam ser revisadas a partir dos seus conceitos. Considerar ‘raça’ e ‘etnia’ como similares não contribui para identificação e caracterização dos achados em saúde, pois as definições referem-se muito mais às questões sociológicas, ao modo

de vida, de viver e de origem de um povo respectivamente.

Isso pois, considera-se que a notificação de saúde é o primeiro passo para a articulação de ações voltadas à VCM. Espera-se, com este estudo, dar a visibilidade desse fenômeno nesse cenário e articular ações que fortaleçam os profissionais de saúde para a notificação da violência contra a mulher urbana e rural.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher – São Paulo, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, p. 1-16, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190486>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/S6jqNqywCWZ4NLXCcJGJDVb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2022.

AGUIAR, Janaina Marques de; SCHRAIBER, Lilia Blima; PEREIRA, Stephanie; GRAGLIA, Cecília Guida Vieira; KALICHMAN, Beatriz Diniz; REIS, Marina Silva dos; LIMA, Nayara Portilho; AZEREDO, Yuri Nishijima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 1-12, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902023220266pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5nY8t6kLrVW8N6FjQzXgRTL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2023.

AGUERREBERE, Mercedes; FRÍAS, Sonia M.; FAWZI, Mary C. Smith; LÓPEZ, Rocío; RAVIOLA, Giuseppe. Intimate partner violence types and symptoms of common mental disorders in a rural community of Chiapas, Mexico: Implications for global mental-health practice. **PLoS One**, [S.L.], v. 16, n. 9, p. e0256850. 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256850>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0256850>. Acesso em: 7 out. 2022.

AMARIJO, Cristiane Lopes; SILVA, Camila Daiane; ACOSTA, Daniele Ferreira; CRUZ, Vânia Dias; BARLEM, Jamila Geri Tomaschewski; BARLEM, Edison Luiz Devos. Power devices used by nurses to fight domestic violence against women. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, p. 1-12, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0389>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/7LYqcbBsSqxSyQ7p5fRB6cM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2023.

ANDRADE, Cinthia Mara de; TEIXEIRA, Géssica Tuani; FRANÇA, Thaisa Borges; RAMBO, Márcio; TREVISAN, Marcela Gonçalves; CASARIL, Edinara; COSTA, Lediana dalla. VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA: caracterização dos casos notificados em uma regional de saúde do paraná. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1-14, 4 maio 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.63758>. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v25/1414-8536-ce-25-e63758.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2024.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1499-1510, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.

ARBOIT, Jaqueline; COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; PRESTES, Monique. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 506-517, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018169293>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XVKqD3PjhQPNLwLdqMwKWsm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

ARREAZA, Antonio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 2215-2228, jul. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000400036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nC4LpHzs3bS7RVztSq8SZnc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.

ASSESSORIA DE IMPRENSA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG (Brasil). Escola de Enfermagem da Ufmg. **Aplicativo para orientar profissionais responsáveis pela notificação de violências será lançado na próxima semana**. 2022. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/aplicativo-para-orientar-profissionais-responsaveis-pela-notificacao-de-violencias-sera-lancado-na-proxima-semana/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** / Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BARROS, Claudia Renata dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, p. 1-10, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006385>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VV3kXyDqg6WgDR4tNPhxtTh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2023.

BARUFALDI, Laura Augusta; SOUTO, Rayone Moreira Costa Veloso; CORREIA, Renata Sakai de Barros; MONTENEGRO, Marli de Mesquita Silva; PINTO, Isabella Vitral; SILVA, Marta Maria Alves da; LIMA, Cheila Marina de. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 9, p. 2929-2938, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rWPMHqtbdRdjMJrG5CL5MzC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 nov. 2022.

BATISTA, Karina Barros Calife; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 8, p. 1-11, 20 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00140017>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6850/14829>. Acesso em: 13 nov. 2023.

BERVIAN, Gabriela; COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; ARBOIT, Jaqueline; HONNEF, Fernanda. Violence against rural women: conceptions of professionals in the intersectoral network of care. **Enfermería Global**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 144-179, 18 fev. 2019. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324811>. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/324811/258151>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. **Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 30 out. de 1975. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6259.htm#:~:text=LEI%20No%206.259%2C%20DE%2030%20DE%20OUTUBRO%20DE%201975](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm#:~:text=LEI%20No%206.259%2C%20DE%2030%20DE%20OUTUBRO%20DE%201975). Acesso em: 16 fev. 2024.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 ago. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL, Decreto nº 218, de 6 de março de 1997. **Reconhece os profissionais de saúde de nível superior**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 mar. 1997a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html). Acesso em: 17 jan. 2024.

BRASIL, Lei Nº 9.455, de 7 de abril de 1997. **Define os crimes de tortura e da outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 8 abr 1997b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9455.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9455.htm). Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 34, n. 4, p. 427-430, ago. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102000000400020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mXQmBHsXGsWJbzsZVjnDn7w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2024.

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 União, Brasília, 25 nov. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm). Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 21 fev. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

**Enfrentando a violência contra a mulher:** Orientações práticas para profissionais e voluntários(as). [recurso eletrônico]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. Disponível em:

[https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy\\_of\\_acervo/outras-referencias/copy2\\_of\\_entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios](https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios). Acesso em: 06 out. 2023.

BRASIL, Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 8 ago. 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm). Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30\\_03\\_2012\\_8.40.46.6cb50967bbcb18008432b71da11ac636.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbcb18008432b71da11ac636.pdf). Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livreto\\_pronasci\\_08\\_07\\_09.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livreto_pronasci_08_07_09.pdf). Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas:** Centro de Referência de Assistência Social – CRAS [recurso eletrônico]. 1ª ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009c. 72 p. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/orientacoes\\_Cras.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf). Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres.** Brasília. 2011a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>. Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. **Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.** Extra. ed. Diário Oficial da União, Brasília, 18 nov. 2011b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm). Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. 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.** Diário Oficial da União, Brasília, 2011c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html). Acesso em: 7 set. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011d. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016. **Institui a Política de Dados Abertos do Poder Executivo federal.** Diário Oficial da União, Brasília, 12 maio 2016a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8777.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8777.htm). Acesso em: 12 set. 2022.

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** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovo cada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovo cada_2ed.pdf). Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministro da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_infor\\_informatica\\_saude\\_2016.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf). Acesso em: 30 jan. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto da criança e do adolescente:** edição atualizada até outubro de 2017. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017a. 115 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca\\_1ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf). Acesso em: 03 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de**

**violências interpessoais e autoprovocadas** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_violencias\\_interpessoais\\_autoprovocadas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf). Acesso em: 16 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico] 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf). Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Roteiro para o uso do SINAN NET, Análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: Violência Interpessoal / Autoprovocada** [recurso eletrônico]. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO\\_ANALISE\\_SINAN\\_Marco\\_2019\\_V1.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf). Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Decreto nº 10.112, de 12 de novembro de 2019. **Altera o Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013, para dispor sobre o Programa Mulher Segura e Protegida**. Diário Oficial da União. 13 nov. 2019c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2019-2022/2019/decreto/D10112.htm>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. **Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher**. Diário Oficial da União. 11 dez. 2019d. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113931.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113931.htm). Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social - Creas**. 2019e. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/unidades-de-atendimento/centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social-creas#:~:text=O%20Centro%20de%20Refer%C3%Aancia%20Especializado,ou%20tiveram%20seus%20direitos%20violados>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019. **Dispõe sobre os crimes de abuso de autoridade; altera a Lei nº 7.960, de 21 de dezembro de 1989, a Lei nº 9.296, de 24 de julho de 1996, a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e a Lei nº 8.906, de 4 de julho de 1994; e revoga a Lei nº 4.898, de 9 de dezembro de 1965, e dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal)**. Diário Oficial da União. 5 set. 2019f. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13869.htm#art44](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13869.htm#art44). Acesso em: 19 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso

eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. p. 1.126. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/11102007-af-gvs-5edicao-9nov21-isbn-3-guia-de-vigilancia-em-saude.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Notificação Compulsória**. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/notificacao-compulsoria>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Portaria nº 402, de 2 de março de 2022. **Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional**. Brasília, 2022b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>. Acesso em: 16 fev. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Você sabe para que serve o Conselho Tutelar?**. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/voce-sabe-para-que-serve-o-conselho-tutelar>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. **Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica**. Diário Oficial da União. 20 jan. 2023b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.536%2C%20DE%20,para%20a%20finalidade%20que%20especifica](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.536%2C%20DE%20,para%20a%20finalidade%20que%20especifica). Acesso em: 30 jan. 2024.

BRASIL. SEBRAE. **Você sabe qual a diferença entre dado e informação?**. 2023c. Disponível em: <https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/voce-sabe-qual-a-diferenca-entre-dado-e-informacao,e8f8bbd38f896810VgnVCM100001b00320aRCRD#:~:text=Coleta%2C%20interpreta%C3%A7%C3%A3o%20e%20tratamento&text=O%20dado%2C%20portanto%2C%20%C3%A9%20a,capaz%20de%20expressar%20uma%20situa%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 16 fev. 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.431, de 8 de março de 2023. **Institui o Programa Mulher Viver sem Violência**. Diário Oficial da União. 9 mar. de 2023d. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11431.htm#art8](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11431.htm#art8). Acessado em: 07 mar. 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**. 2024a. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. EDUCA+BRASIL. **Etapas da formação**. 2024b. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/etapa-de-formacao-e-series>. Acesso em: 12 mar. 2024.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **CNESNet**: estabelecimentos de saúde. Estabelecimentos de saúde. 2024c. Disponível em: <https://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. **CNES**: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2024d. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 15 abr. 2024.

CARDOSO, Janaina Rodrigues; OLIVEIRA, Gustavo Nunes de; FURLAN, Paula Giovana. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bGcsYFwTzhsCMtyshZNwPtK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

CARGNIN, Júlia Souza Santos; LUNA, Juliana Scholtão; AGUIAR, Débora Melo de; RODRIGUES, Bárbara Teles Cameli; AZEVEDO FILHO, Aldir Alves de; SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro. Violência sexual em mulheres na Amazônia Ocidental. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 55, p. 92, 26 nov. 2021. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003069>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Bfqj7cdf3HSQpW7pFNyjjSr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 nov. 2022.

CARVALHO, Erika Fernanda Marins de; LAGUARDIA, Josué; DESLANDES, Suely Ferreira. Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 1273-1287, abr. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022274.08722021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gqsfZP3BmhDKZcvrtmdKPYy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2014.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 8, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

COLONESE, Cristiane Ferraz; PINTO, Liana Wernersbach. ANALYSIS OF REPORTS OF VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN IN BRAZIL IN THE PERIOD FROM 2011 TO 2018. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 31, p. 1-16, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0180>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Lp3snHv8Yrd5ZGCLV644Mzy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2024.

**COMITÊ REDE LILÁS É CRIADO RS**. Secretaria da Segurança Pública, 11 set. 2015. Disponível em: <https://ssp.rs.gov.br/comite-rede-lilas-e-criado-rs>. Acesso em: 06 mar. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011. **Ratificar a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e Reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS**. Disponível em: <https://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no->

17-de-20-de-junho-de-2011/. Acesso em: 14 nov. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. **Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 11 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 036, de 11 de maio de 2020. **Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (lockdown), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingido níveis críticos**. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acessado em: 15 mar. 2024.

CORREIO DO POVO (Brasil). **Confira as cidades com maior população indígena no RS. Correio do Povo**. [S. L.], 7 ago. 2023. Cidades, p. . Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/cidades/confira-as-cidades-com-maior-popula%C3%A7%C3%A3o-ind%C3%ADgena-no-rs-1.1073406>. Acesso em: 15 mar. 2024.

COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; ARBOIT, Jaqueline; HONNEF, Fernanda; MARQUES, Karoline Ardenghi; BARBIERI, Janaina; SILVA, Daniela de Mattos da. Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], v. 32, p. 1-10, 2019. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.9271>. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/9271/pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de métodos mistos. (Métodos de pesquisa)**. Porto Alegre: Penso, 2013. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788565848411/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. Porto Alegre: Penso, 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786581334192/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CRUZ, Mércia Santos; IRFFI, Guilherme. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 7, p. 2531-2542, jul. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.23162017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/P5Yk5rFN8vW8zbh3Gk8bpkd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2023.

CRUZ, Beatriz Angélica; QUERICHELLI, Ana Flávia Azevedo; UBACK, Lucas; LIMA, Alba Regina de Abreu; ANDRÉ, Júlio César. Estamos preparando os futuros médicos para atendimentos de situações de violência com enfoque em gênero e em sexualidades não heterossexuais? Relato de uma “experiência” educacional diagnóstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 27, p. 1-17, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.220630>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ztcMNFSNdG6dh8cztQthrck/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2023.

CUNHA, Elenice Machado da; VARGENS, José Muniz da Costa. SISTEMAS DE

INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39907/T%E9cnico%20de%20Vigil%E2ncia%20em%20Sa%FAde%20v.2%20-%20Sistemas%20de%20informa%E7%E3o%20do%20Sistema%20DAnico%20de%20Sa%FAde.pdf;jsessionid=524BDEEAE6943E32D1C701FB39E59108?sequence=2>. Acesso em: 16 fev. 2024.

CURIA, Beatriz Gross; GONÇALVES, Victória Dias; ZAMORA, Júlia Carvalho; RUOSO, Aline; LIGÓRIO, Isadora Silveira; HABIGZANG, Luísa. Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra mulher por parceiro íntimo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 40, p. 1-19, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003189184>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/V8jcXqbrLxts8r5jqzQ8LPv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

DEBASTIANI, Fabiane; FABRIS, Juliana; WOLLMANN, Silvana Teresa Neitzke; HILDEBRANDT, Leila Mariza; COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da. Nexos/interconexões entre o rural e o urbano: aproximações conceituais. In: PRAXEDES, Marcus Fernando da Silva (org.). **A enfermagem e o bem-estar humano, teoria e prática 2**. Ponta Grossa: Atena, 2023. Cap. 15. p. 1-237. Disponível em: <https://sistema.atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/a-enfermagem-e-o-bem-estar-humano-teoria-e-pratica-2>. Acesso em: 11 abr. 2024.

DELZIOVO, Carmem Regina; COELHO, Elza Berger Salema; D'ORSI, Eleonora; LINDNER, Sheila Rubia. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 5, p. 1687-1696, maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rDBrxjflbbsWS4JdDHjfcV3C/>. Acesso em: 01 mar. 2024.

EINHARDT, Amália; SAMPAIO, Simone Sobral. Violência doméstica contra a mulher - com a fala, eles, os homens autores da violência. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 138, p. 359-378, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.217>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Snmc9w4r4xRy46FZDxVnKKR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2024.

ENRÍQUEZ-HERNÁNDEZ, Claudia Beatriz; ORTIZ-VARGAS, Israel; PETROVICH, Ingrid Stephanie; MARTÍNEZ-JIMÉNEZ, Luis; MÉNDEZ-CORDERO, Ernestina; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, Higinio. VIOLENCIA HACIA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: una etnografía focalizada. **Ciencia y Enfermería**, [S.L.], v. 27, p. 1-10, dez. 2021. Universidad de Concepcion. <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-18vhch60018>. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v27/0717-9553-cienf-27-18.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2024.

FERREIRA, José Erivelton de Souza Maciel; OLIVEIRA, Lídia Rocha de; MARQUES, Wanderson Souza; LIMA, Talita Silva de; BARBOSA, Eloise da Silva; CASTRO, Révia Ribeiro; GUIMARÃES, José Maria Ximenes. Sistemas de Informação em Saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 970-982, 17 dez. 2020. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

<http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i4.1923>. Disponível em:  
<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1923/2408>. Acesso em: 31 jan. 2024.

FERREIROS, Laura; CLEMENTE, Miguel. Detection of intimate partner aggression through dark personality and moral disengagement. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 39, n. 9, p. 1-12, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xen073523>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8362/18672>. Acesso em: 14 nov. 2023.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos; LUCHESI, Bruna Moretti; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro; MELO, Débora Gusmão. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2024.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jan. 2024.

GASPAR, Renato Simões; PEREIRA, Marina Uchoa Lopes. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 11, p. 1-10, 8 nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00172617>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8476/18895>. Acesso em: 03 jan. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Acesso em: 20 ago. 2022.

GONSALVES, Emmanuela; SCHRAIBER, Lília Blima. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 131, p. 958-969, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113102>. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zXwy5SnQy7V6C7jJrTNM8mn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2024.

HEISLER, Eliana Daniela; SILVA, Ethel Bastos da; COSTA, Marta Cocco da; JAHN, Alice do Carmo; ARBOIT, Jaqueline. Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência/ Potential and limits of home visits to identify and address women in situation of violence. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 1-8, 19 nov. 2017. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i3.35348>. Disponível em:  
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/35348/21070>. Acesso em: 20 out. 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 out. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Geografia. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. 11. ed. Rio de Janeiro, 2017. 84 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2024.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Prévia da população dos municípios com base nos dados do Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

IKEKWUIBE, Israel C.; OKOROR, Collins E.M. The pattern and socio-cultural determinants of intimate partner violence in a Nigerian rural community. **Afr J Prim Health Care Fam Med**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. e1-e8, jun. 2021. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/2435/4571>. Acesso em: 10 nov. 2022.

JANSEN, Natalie; AGADJANIAN, Victor. Polygyny and Intimate Partner Violence in Mozambique. **J Fam Issues**, [S.L.], v. 41, n. 3, p. 338-358, mar. 2020. <https://doi.org/10.1177/0192513X19876075>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0192513X19876075>. Acesso em: 12 nov. 2022.

JUARROS-BASTERRETXEA, Joel; OCAMPO, Nadia Y.; HERRERO, Juan; RODRÍGUEZ-DÍAZ, Francisco J.. Dyadic Analysis of Emotional Intimate Partner Violence: an estimation of dyadic patterns and influencing individual, family, and couple factors. *The European Journal Of Psychology Applied To Legal Context*, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 105-111, jul. 2022. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <http://dx.doi.org/10.5093/ejpalc2022a10>. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/ejpalc/v14n2/1889-1861-ejpalc-14-02-105.pdf>. Acesso em: 04 out. 2023.

JUARROS-BASTERRETXEA, Joel; FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Natalia; TORRES-VALLEJOS, Javier; HERRERO, Juan. Perceived Reportability of Intimate Partner Violence against Women to the Police and Help-seeking: a national survey. **Psychosocial Intervention**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 55-64, jan. 2024. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <http://dx.doi.org/10.5093/pi2024a3>. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/377136635\\_Perceived\\_Reportability\\_of\\_Intimate\\_Partner\\_Violence\\_against\\_Women\\_to\\_the\\_Police\\_and\\_Help-seeking\\_A\\_National\\_Survey](https://www.researchgate.net/publication/377136635_Perceived_Reportability_of_Intimate_Partner_Violence_against_Women_to_the_Police_and_Help-seeking_A_National_Survey). Acesso em: 20 mar. 2024.

JUCÁ-VASCONCELOS, Helena; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Transmissão Psíquica Geracional: um estudo sobre violência conjugal contra mulheres. **Psicologia - Saberes e Questões**, [S. L.], v. 1, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/Psicologia-saberes-e-questoes/article/view/400>. Acesso em: 02 out. 2023.

JÚNIOR, Luiz Gonzaga do Nascimento (Gonzaguinha). O que é, o que é?. In: JÚNIOR, Luiz Gonzaga do Nascimento (Gonzaguinha). **Caminhos do coração**. [S.I.]: EMI-Odeon Fonográfica, Industrial e Eletrônica Ltda. 1982. Disponível em:

<https://www.letras.mus.br/gonzaguinha/463845/#album:caminhos-do-coracao-2002>. Acesso em: 08 jan. 2024.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWwVSXcjQzzbDH3vyWv3KC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

LA SALUD, Organización Mundial de (ed.). **Respeto a las mujeres**: prevención de la violencia contra las mujeres. Ginebra: Organización Mundial de La Salud, 2020. 25 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337198>. Acesso em: 2 set. 2022.

LAWRENZ, Priscila; MACEDO, Davi Manzini; VON HOHENDORFF, Jean; FREITAS, Clarissa Pinto Pizarro de; FOSCHIERA, Laura Nichele; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violence against Women: notifications of health professionals in rio grande do sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.L.], v. 34, p. 1-9, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34428>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/cKGvHBwnZBMFggSHYwGf4wL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

LEAL, Ondina Fachel. **Os Gaúchos**: Cultura e identidade masculina no Pampa. Pelotas: Revista de Antropologia e Arqueologia, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/tessituras/article/view/14568/10208>. Acesso em: 11 abr. 2022.

LEE, Anna E.; RIVERA, Claudia; MONTES, Saskia Bunge; JIMENEZ-ZAMBRANO, Andrea; NACHT, Amy; BOLANOS, Antonio; ASTURIAS, Edwin; BERMAN, Stephen; HEINRICH, Gretchen; HARRISON, Margo S. Identifying Prevalence and Risk Factors for Intimate Partner Violence in Pregnant Women in Rural Guatemala. **J Womens Health Dev**, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 113-122, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8580368/pdf/nihms-1747983.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa; GARCIA, Marieli Thomazini Piske; CAVALCANTE, Gabriela Ravete; VENTURIN, Bruna; PEDROSO, Márcia Regina de Oliveira; SOUZA, Elisa Aparecida Gomes de; TAVARES, Fábio Lúcio. Violência recorrente contra mulheres: análise dos casos notificados. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 36, p. 1-8, 2023. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao009232>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fnJx9vsch8Q6JcfcDSCQnNf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2023.

LENNON, Shirley Evelyn; ARAMBURO, Adriana María Ramírez; GARZÓN, Eliana Maritza Morales; ARBOLEDA, María Adelaida; FANDIÑO-LOSADA, Andrés; PACICHANA-QUINAYAZ, Sara Gabriela; MUÑOZ, Gloria Inés Rodas; GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ, María Isabel. A qualitative study on factors associated with intimate partner violence in Colombia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 9, p. 4205-4216, set. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.21092020>. Disponível em:

em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/W4Gp8SgH5XhLnXtrwGfpcGr/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 01 nov. 2023.

LEVANDOWSKI, Mateus Luz; STAHNKE, Douglas Nunes; MUNHOZ, Tiago N.; VON HOHENDORFF, Jean; SALVADOR-SILVA, Roberta. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 1-15, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00140020>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7582/16873>. Acesso em: 27 fev. 2024.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 661-673, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000200021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gcqQpgYpY5tC3DZmtvbDs8J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 nov. 2023.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de; DEININGER, Layza de Souza Chaves; COELHO, Hemílio Fernandes Campos; MONTEIRO, Alisson Cleiton Cunha; VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo; NASCIMENTO, João Agnaldo do. Analysis of the cycle of domestic violence against women. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 1-8, 29 ago. 2016. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n2/pt\\_03.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n2/pt_03.pdf). Acesso em: 4 out. 2023.

MACHADO, Juliana Costa; RODRIGUES, Vanda Palmarella; VILELA, Alba Benemerita Alves; SIMÕES, Aline Vieira; MORAIS, Roberta Laíse Gomes Leite; ROCHA, Elisama Nascimento. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 828-840, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QJspb6DwwFvzK5KdTy5k43k/>. Acesso em: 4 out. 2023.

MACHINESKI, Gicelle Galvan. O significado da atenção à mulher vítima de Violência Doméstica no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 47, n. 139, p. 931-940, out. 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202313915>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2023.v47n139/931-940/pt>. Acesso em: 19 mar. 2024.

MASSARO, Luciana Teixeira dos Santos; ADESSE, Leila; LARANJEIRA, Ronaldo; CAETANO, Raul; MADRUGA, Clarice S.. Estupros no Brasil e relações com o consumo de álcool: estimativas baseadas em autorrelato sigiloso. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 2, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022118>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7086/15459>. Acesso em: 27 fev. 2024.

MAPELLI, Lina Domenica; SABINO, Fabiano Henrique Oliveira; COSTA, Luiza Cesar Riani; SILVA, Jorge Luiz da; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; CARLOS, Diene Monique. Inter-sectoral network to face violence against children and adolescents in a rural context. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 41, p. 1-10, 2020. FapUNIFESP

(SciELO). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190461>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/QCbVZhFQsqKN4QmhBw9dJ4P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2022.

MARTINS, Lidiane de Cassia Amaral; SILVA, Ethel Bastos da; COSTA, Marta Cocco da; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; FONTANA, Dariele Gindri Resta; JAHN, Alice do Carmos. Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família/violence against women. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 507, 1 jul. 2016. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i3.31422>. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v15n3/1677-3861-ccs-15-03-0507.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; TOMAZ, Gabriela Rodrigues; MENESES, Gabriel Medina Sobreira de; RODRIGUES, Malvina Thais Pacheco; PEREIRA, Vinícius Oliveira de Moura; CORASSA, Rafael Bello. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-13, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vngYfCPbvZZD5nLtBtYxQ3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MELLO, Nicole Freitas de; PEREIRA, Éverton Luís; PEREIRA, Vinícius Oliveira de Moura; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 1-9, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000300007>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2021.v30n3/e2020747/pt>. Acesso em: 05 mar. 2024.

MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo; LIMA, Igor de Souza; CORREIA, Cíntia Mesquita; SOUZA, Simone Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; GOMES, Nadirlene Pereira. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 778-786, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/43DhBf74XtmrbRQGgMhPDDJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec: 2013. Acesso em: 20 ago. 2022.

MÜLLER, Fernanda Copetti; LÓPEZ, Laura Cecilia. Notificação compulsória e o enfrentamento à violência de gênero: pesquisa-intervenção em uma equipe de saúde da família. **Revista Diversidade e Educação**, [S. L.], v. 11, n. 1, p. 632-656, 2023. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/15451/10335>. Acesso em: 27 nov. 2023.

NABAGGALA, Maria Sarah; REDDY, Tarylee; MANDA, Samuel. Effects of rural-urban residence and education on intimate partner violence among women in Sub-Saharan Africa: a meta-analysis of health survey data. **BMC Womens Health**. [S.L.], v. 21, n. 1, p. 149, apr. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01286-5>. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-021-01286-5>. Acesso em: 10 nov. 2022.

NAÇÕES UNIDAS (Brasil). **OMS**: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia>. Acesso em: 22 fev. 2024.

NAÇÕES UNIDAS (Brasil). **Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. 2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 11 abr. 2024.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes; SOUZA, Tania Vignuda de; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; AGUIAR, Rosane Cordeiro Burla de; SILVA, Liliane Faria da. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 228-233, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2024.

NETO, Kelly Roberta Estrela Marinho; GIRIANELLI, Vania Reis. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 488-499, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202028040404>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/mpxkNGdrCXMJrgsc9nTjvSq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de; SOUSA, Yanna Gomes de; SILVA, Doane Martins da; ALVES, Jairo Porto; DINIZ, Ítalo Vinícius Albuquerque; MEDEIROS, Soraya Maria de; MARTINIANO, Claudia Santos; ALVES, Marília. Primary Health Care in the rural context: the nurses' view. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 41, p. 1-8, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SjnTdGKKdDnLsh8CzNVB8nM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 nov. 2022.

OLIVEIRA, Isabel de Jesus; ALMEIDA, Daniela; BASTOS, Laura; AUGUSTO, Carla; BARREIRO, Sara. Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 41-51, 21 dez. 2021. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <http://dx.doi.org/10.37914/riis.v4i2.159>. Disponível em: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/159/127>. Acesso em: 11 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). **Devastadoramente generalizada**: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 22 fev. 2024.

PASSAMANI, Guilherme R.; BORGES, Zulmira Newlands. LEAL, Ondina Fachel. Os gaúchos: cultura e identidade masculinas no pampa. porto alegre. **Mana**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 1-5, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442021v27n3r903>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/pRDnTnpDppqgYQqVfjwTpKL/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 11 abr. 2024.

PRADO, Crislaine Loqueti Santos Rainho; PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; RODRIGUES, Livia Bezerra. Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 1-13, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902023220823pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KWMrwf4CFvX8nxgBZqrPkJJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **15ª CRS (Palmeira das Missões)**. 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/15-crs-palmeira-das-missoes>. Acesso em: 10 out. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Violência interpessoal/suicídio**. 2024a. Disponível em: [http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QV\\_Sbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_Viol%C3%A9ncia](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QV_Sbari&anonymous=true&Sheet=SH_Viol%C3%A9ncia). Acesso em: 03 jan. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Instituto água e saneamento. **Municípios e Saneamento**. 2024b. Disponível em: <https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-saneamento/rs/palmeira-das-missoes#:~:text=Palmeira%20das%20Miss%C3%B5es%20%C3%A9%20um,%2C1%25%20em%20%C3%A1rea%20rural>. Acesso em: 15 abr. 2024.

ROCHA, Marli Souza; BARTHOLOMAY, Patrícia; CAVALCANTE, Marcela Virginia; MEDEIROS, Fernanda Carolina de; CODENOTTI, Stefano Barbosa; PELISSARI, Daniele Maria; ANDRADE, Kleydson Bonfim; SILVA, Gabriela Drummond Marques da; ARAKAKI-SANCHEZ, Denise; PINHEIRO, Rejane Sobrino. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-13, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/K8Bh4JKPmdqySDZBj6JBPxn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SACRAMENTO, Jonatan. Números, casos e (sub)notificações. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, [S.L.], v. 29, n. , p. 182-193, 25 jul. 2020. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v29isuplp182-193>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/170491>. Acesso em: 16 fev. 2024.

SALETTI-CUESTA, Lorena; FERIOLI, Agostina; MARTÍNEZ, Fany del Valle; VIEL, Elizabeth; BAUDIN, Victoria; ROMERO, Paola; FUNK, Natalia; GONZÁLEZ, Ana Claudia; RODRÍGUEZ, Anahi. El abordaje de la violencia de género desde la perspectiva de las comunidades del norte cordobés, Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 1, p. 1-11, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00184418>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7216/15827>. Acesso em: 13 nov. 2023.

SANT'ANNA, Tatiana Camargo; PENSO, Maria Aparecida. A Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.L.], v. 33, p. 1-11, 12 mar.

2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33427>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/YNYtcz4CJmnn7qgB3LpbSVM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 out. 2023.

SANTOS, Ione Barbosa dos; LEITE, Franciéle Marabotti Costa; AMORIM, Maria Helena Costa; MACIEL, Paulete Maria Ambrósio; GIGANTE, Denise Petrucci. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1935-1946, maio 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/R64vx7t9ykhzCH54DTfSFvjv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2023.

SCHRAIBER, Lilia Blima; BARROS, Cláudia Renata dos Santos; CASTILHO, Euclides Ayres de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 237-245, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2010000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PdYHSj8DhbByVWwTwZjwhzD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2024.

SCHRAIBER, Lilia Blima; AGUIAR, Janaína Marques de; GRAGLIA, Cecilia Guida Vieira; PEREIRA, Stephanie; LIMA, Nayara Portilho; KALICHMAN, Beatriz Diniz; REIS, Marina Silva dos; AZEREDO, Yuri Nishijima; COLOMBINI, Manuela; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas D'. Violência sexual contra mulheres por parceiro íntimo e desigualdade de gênero na voz dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 27, n. e220656, p. 1-17, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.220656>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2023.v27/e220656/pt>. Acesso em: 28 out. 2023.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA (Rio Grande do Sul). Indicadores de Violência Contra A Mulher Geral e Por Município 2022. **Indicadores da Violência Contra a Mulher - Lei Maria da Penha**. 2024. Disponível em: <https://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contra-a-mulher>. Acesso em: 22 fev. 2024.

SHAHEEN, Amira; ASHKAR, Suzy; ALKAIYAT, Abdulsalam; BACCHUS, Loraine; COLOMBINI, Manuela; FEDER, Gene; EVANS, Maggie. Barriers to women's disclosure of domestic violence in health services in Palestine: qualitative interview-based study. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1-10, 26 nov. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-09907-8>. Disponível em: [https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4658446/1/Shahen\\_et\\_al-2020-BMC\\_Public\\_Health.pdf](https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4658446/1/Shahen_et_al-2020-BMC_Public_Health.pdf). Acesso em: 01 nov. 2023.

SILVA, Anair Araújo de Freitas; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; ATAÍDES, Fernanda Barros. Pesquisa - ação: princípios e fundamentos. **Prisma**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 2-15, 2021. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/39/30>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SILVA, Viviane Graciele da; RIBEIRO, Patrícia Mônica. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1-7, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0371>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/RXvRBqJz3x4dD3BmntHDCsK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SILVEIRA, Raquel da Silva; NARDI, Henrique Caetano. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 26, n. , p. 14-24, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822014000500003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/WHDnL9qYV6K3NnW5zMSj5Hg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2024.

SOARES, Bruna Lozano; SAILER, Giselle Clemente; MORAES, Joicimar Cristina Cozza Andrade; CARDOSO, Lucilene; PANINI, Mayara Maciel; PRETO, Vivian Aline. Reflexão sobre o papel do enfermeiro e a importância dos serviços de saúde no atendimento a mulher vitimada pela violência. **Revista de enfermagem UFPE** [on line], Recife, v. 9, n. 10, p. 9593-9600, out. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10905>. Acesso em: 8 out. 2022.

SOARES, Marcela Quaresma; MELO, Cristiane Magalhães de; PINTO, Isabella Vitral; BEVILACQUA, Paula Dias. Mortalidade de mulheres com notificação de violência durante a gravidez no Brasil: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 39, n. 10, p. 1-17, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt012823>. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8392/18726>. Acesso em: 27 fev. 2024.

SOUSA, Cyntia Meneses de Sá; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; LIMA, Patrícia Viana Carvalhede; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 477-487, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202028040139>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VXDRVF4cfrFKwk7rLNS3YTt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2023.

SOUZA, Elizangela Gonçalves de; TAVARES, Ricardo; LOPES, Julia Guimarães; MAGALHÃES, Márcia Andréa Nogueira; MELO, Elza Machado de. Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 13-29, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sMG5rwTvrC3HhgBhJ4bhBCw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2022.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; SANTANA, Flávia Resende Moura; MARTINS, Thais Ferreira. Violência contra a mulher, polícia civil e políticas públicas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 4, n. 13, p. 1-13, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n4/03.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; LIMA, Yara Oyrã Ramos; PAZ, Bianca Maria Santos da; COSTA, Ediná Alves; CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; SANTOS, Rosenilde dos. Potencialidades da técnica de grupo focal para a pesquisa em vigilância sanitária e atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**: estudo, São Paulo, v. 7, n. 13, p. 57-71, abr.

2019. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/169/146>. Acesso em: 25 nov. 2022.

ST. CYR, Shilo; JARAMILLO, Elise Trott; GARRISON, Laura; MALCOE, Lorraine Halinka; SHAMBLE, Stephen R.; WILLGING, Cathleen E. Intimate Partner Violence and Structural Violence in the Lives of Incarcerated Women: A Mixed-Method Study in Rural New Mexico. **Int J Environ Res Public Health**, [S.L.], v. 18, n. 12, p. 6185, jun. 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126185>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6185>. Acesso em: 10 nov. 2022.

STOFF, Laura W.; BATES, Lisa M.; SCHULER, Sidney R.; RENNER, Lynette M.; ERICKSON, Darin J.; OSYPUK, Theresa L. Intimate partner violence and social connection among married women in rural Bangladesh. **J Epidemiol Community Health**, [S.L.], v. 75, n. 12, p. 1202-1207, dez. 2021. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/75/12/1202.full.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

STURBELLE, Isabel Cristina Saboia; PAI, Daiane dal; TAVARES, Juliana Petri; TRINDADE, Leticia de Lima; RIQUINHO, Deise Lisboa; AMPOS, Larissa Fonseca. Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 32, n. 6, p. 632-641, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/YQVfYhKvRTSQKpL5VDMdZnx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2023.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação** / Michel Thiollent. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1986. Disponível em: <https://marcosfabionuva.files.wordpress.com/2018/08/7-metodologia-da-pesquisa-ac3a7c3a3o.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

VALENZUELA, Vivian Victoria Vivanco; VITORINO, Luciano Magalhães; VALENZUELA, Edwin Vivanco; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência por parceiro íntimo e resiliência em mulheres da Amazônia ocidental brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, p. 1-8, 2022. Acta Paulista de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao0199345>. Disponível em: [https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-35-eAPE0199345/1982-0194-ape-35-eAPE0199345.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-35-eAPE0199345/1982-0194-ape-35-eAPE0199345.pdf). Acesso em: 20 mar. 2024.

VILLELA, Daniel Antunes Maciel; GOMES, Marcelo Ferreira da Costa. O impacto da disponibilidade de dados e informação oportuna para a vigilância epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 7, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt115122>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dDSpPy898L4Pj3WPLGxLdqN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2024.

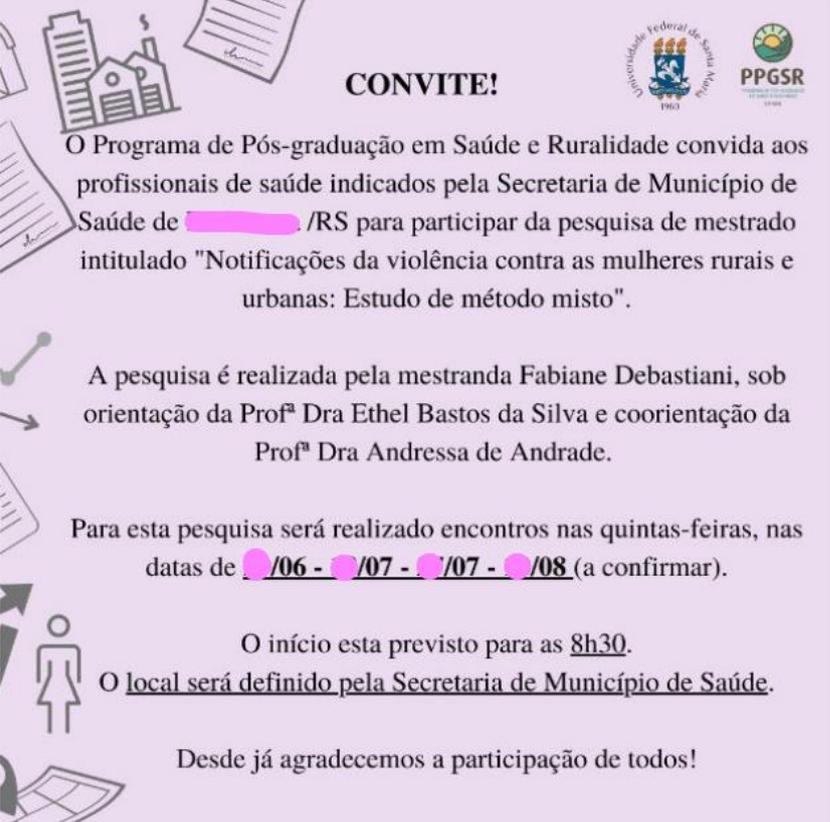
WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.). **Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018**: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021a. 87 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 2 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ed.). **Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018**: WHO Region of the Americas. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021b. 2 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.11>. Acesso em: 2 set. 2022.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Research methodology topics: cross-sectional studies. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 356-360, 28 nov. 2018. Faculdade de Filosofia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v28n3/pt\\_17.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v28n3/pt_17.pdf). Acesso em: 16 mar. 2024.

## APÊNDICE A - CARD DE CONVITE DE DIVULGAÇÃO DO GRUPO FOCAL

Segue apresentação do Card utilizado para divulgação e convite dos profissionais de saúde. Este convite foi encaminhado ao profissional da SMS responsável pela APS de cada município para que o mesmo fosse repassado aos profissionais de saúde indicados para participar nos GF.



**CONVITE!**

O Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade convida aos profissionais de saúde indicados pela Secretaria de Município de Saúde de [redacted] /RS para participar da pesquisa de mestrado intitulado "Notificações da violência contra as mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto".

A pesquisa é realizada pela mestranda Fabiane Debastiani, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra Ethel Bastos da Silva e coorientação da Prof<sup>a</sup> Dra Andressa de Andrade.

Para esta pesquisa será realizado encontros nas quintas-feiras, nas datas de [redacted]/06 - [redacted]/07 - [redacted]/07 - [redacted]/08 (a confirmar).

O início esta previsto para as 8h30.

O local será definido pela Secretaria de Município de Saúde.

Desde já agradecemos a participação de todos!

Obs: Para preservar os dias de atividade e consequentemente os profissionais participantes, optou-se por alterar o card de forma a não revelar a data dos GF neste trabalho.

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PESQUISADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
 CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

**Pesquisa: Notificações da violência contra as mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto**

### Instrumento de caracterização dos pesquisados

Dados de Identificação	
Nome	
Idade	
Formação	
Formação complementar	
Tempo de formação	
Local/setor de trabalho	

Conhecimento sobre a temática	
1. A quanto tempo você trabalha neste serviço/setor? (tempo aproximado)	

2. Você já participou de alguma capacitação de Vigilância em Saúde?	( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual? Qual ano foi a capacitação?	

3. Você já participou de alguma capacitação de notificação em saúde?	( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual? Qual ano foi a capacitação?	
4. Você conhece a ficha de notificação de violência?	( ) Sim

	( ) Não
Se sim. Como você conheceu?	

5. Você já participou de alguma capacitação de situações de violência contra mulheres rurais e urbanas?	( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual? Qual ano foi a capacitação?	

6. Você já realizou alguma notificação de situação de violência contra as mulheres?	( ) Sim ( ) Não
Se sim, como foi essa experiência?	

7. Você sabe quando deve-se notificar uma situação de violência?	( ) Sim ( ) Não
Se sim. Exemplifique.	
Você já identificou no seu cotidiano de trabalho alguma condição de violência contra a mulher no contexto rural e urbano?	( ) Sim ( ) Não
Se sim. Exemplifique.	

--

8. Como você identifica seu conhecimento sobre as notificações em saúde?
--

--

9. Suas ações de trabalho impactam nas notificações em saúde nos casos de violência contra as mulheres urbanas e rurais?
--

<input type="checkbox"/> Sim
------------------------------

<input type="checkbox"/> Não
------------------------------

Se sim. Justifique.
---------------------

--

10. Como você considera as suas ações na identificação dos casos de violência contra as mulheres urbanas e rurais?
--

--

Agradecemos sua participação!

Mestranda Fabiane Debastiani  
Prof<sup>a</sup> Dra Ethel Bastos da Silva  
Prof<sup>a</sup> Dra Andressa de Andrade

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

### **Pesquisa: Notificações da violência contra as mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto**

Mestranda Fabiane Debastiani

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Ethel Bastos da Silva

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Andressa de Andrade

### **Roteiro de orientação para coleta de dados qualitativos**

#### **Técnica: Grupo Focal (GF)**

A organização de cada Grupo focal irá ocorrer seguindo os cinco momentos:

**1º Momento: Apresentação dos participantes**, equipe de pesquisa e projeto de pesquisa; entrega, leitura, esclarecimento de dúvidas, assinatura e recolhimento do TCLE e do Termo de Confidencialidade.

**2º Momento:** Apresentação do funcionamento e organização do Grupo Focal e participação da equipe de pesquisa; Pactuação das atividades desenvolvidas com os pesquisados (horário de início, término e condução das atividades); **Apresentação da temática e objetivos** propostos em cada encontro.

**3º Momento:** Realização da **dinâmica** com o início dos debates e reflexões.

**4º Momento:** Realização da **discussão com os objetivos propostos**, neste momento será utilizada questões disparadoras de diálogo como: O que? Para quê? Por quê? Como? Quando? Onde? Qual o seu papel nessa atividade? Quem é importante para que isso ocorra?.

**5º Momento:** Retomada do objetivo e **construção coletiva de uma resposta comum**. Apresentação da dinâmica do próximo encontro, agradecimentos finais e confraternização.

<b>1º Grupo Focal</b>	
Temática	Dados epidemiológicos da violência contra as mulheres rurais e urbanas
Objetivo	Compreender como os profissionais de saúde reconhecem os dados de notificação da violência contra as mulheres urbanas e rurais.
1º Momento	Recepção dos pesquisados e agradecimento pela disponibilidade de

	participação nesta pesquisa e apresentação dos espaços da sala e produtos de consumo (exemplo: café, chá e doces).
	Apresentação dos participantes (dinâmica da bolinha) e da equipe de pesquisa.
	Apresentar ao grupo o papel de cada membro da equipe de pesquisa no grupo focal.
	Realizar e distribuir os crachás com o nome e o número de codificação do participante (P1, P2, P3...).
	Apresentação do projeto de pesquisa, destacando com a apresentação dos dados a escolha dos dois municípios (Palmeira das Missões e Redentora) como cenários de pesquisa (aplicação da parte qualitativa).
	Entrega, leitura, esclarecimento de dúvidas e assinatura (por parte dos pesquisados) do TCLE <sup>41</sup> e do TC <sup>42</sup> . Pedir para alguém da equipe de apoio recolher os termos e arquivar.
2º Momento	Retomar o objetivo da pesquisa (objetivo geral da pesquisa e 2º objetivo secundário) e o objetivo do encontro. Pactuar atividades a serem desenvolvidas neste encontro e nos demais encontros desta pesquisa (horário de início e término e sala).
3º Momento	Neste momento será entregue a ficha de caracterização aos participantes para fim de compreender as vivências dos mesmos nos serviços de saúde. Pedir para um membro da equipe de apoio recolher as fichas e arquivá-las. Para continuar as discussões será utilizado a técnica de GF com a finalidade de coletar as informações acerca da temática através do debate, diálogo e construção coletiva dos sujeitos. Para realização da coleta de dados, o grupo contará com participantes do grupo de pesquisa para auxiliar nas atividades. O pesquisador irá orientar a condução do grupo focal e um dos auxiliares irá realizar o registro no diário de campo de suas observações e o outro irá auxiliar na condução do grupo, conforme solicitação do pesquisador. Inicialmente, para compreender o conhecimento dos pesquisados, será perguntado ao grupo: 1) Vocês têm acesso aos dados de violência contra as mulheres rurais e urbanas no município? 2) Como vocês acham que esses dados são apresentados e qual o quantitativo de casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas que tem no município? 3) Vocês acreditam que todos os casos de violência contra as mulheres urbanas e rurais estão sendo notificadas? Sim ou não? Por quê? Neste momento será apresentados os dados do município com o quantitativo de casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas por ano, e aos participantes será perguntado: 4) O que esses dados revelam? 5) Esses dados refletem a realidade do território? Sim ou não. Justifique a resposta. 6) Estes dados são importantes para a sua atuação profissional? 7) Como é a relação da vigilância em saúde e os dados do território?
4º Momento	Comparando os dados do SINAN com os dados do Observatório de

<sup>41</sup> TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

<sup>42</sup> TC: Termo de Confidencialidade

	Segurança Pública e cálculo estimado da OMS (2021) e OPAS (2021), perguntar-se: 8) Como esses dados podem ser significativos para os serviços de saúde? 9) Como o conhecimento desses dados podem impactar na atuação em saúde 10) Conhecer e refletir esses dados, muda algo na atuação em saúde dos profissionais? Justifique.
5º Momento	Destacar qual foi a reflexão mais significativa do GF
Total: 180 minutos <sup>43</sup>	Equipe de apoio: Observador coordena o tempo do encontro

<b>2º Grupo Focal</b>	
Temática	Notificação de violência contra as mulheres urbanas e rurais
Objetivo	Compreender como os profissionais de saúde conhecem a ficha de notificação da violência contra as mulheres urbanas e rurais.
1º Momento	Organização da logística Folha de chamada Reforçar o contrato grupal e explicação da utilização do objeto de fala
2º Momento	Retomar a construção coletiva do encontro anterior (no 5º momento do encontro) apresentando de forma descrita. Apresentar o objetivo deste segundo encontro, de forma a compreender a notificação de violência contra as mulheres urbanas e rurais.
3º Momento	Ao grupo será perguntado: 1) O que é/pode ser considerado como violência contra as mulheres rurais e urbanas?  Após, será apresentada a definição de violência da OMS e as violências que tem na ficha de notificação: 2) Qual o maior desafio na identificação dos casos de violência contra as mulheres urbanas e rurais? 3) Há diferença das violências contra as mulheres no território urbano e rural? 4) Qual serviço e profissionais são responsáveis pela identificação dos casos de violência? 5) Qual o principal desafio na identificação da violência contra as mulheres no território urbano? E no território rural? 6) Qual serviço e profissionais são responsáveis pela notificação dos casos de violência? 7) Você já preencheu uma ficha de notificação de violência? 8) Quais as dificuldades que encontrou? 9) Após o preenchimento da ficha de notificação, qual o encaminhamento dela?
4º Momento	Após, será entregue uma ficha de notificação para cada participante e será apresentado e discutido o fluxo de dados.

<sup>43</sup> Tempo máximo proposto para a realização das atividades diárias, caso o objetivo e cronograma das atividades sejam contemplados antes deste tempo o encontro será encerrado anteriormente, porém caso não seja alcançado o mesmo será retomada em uma próxima data agendada a pactuada com os participantes.

	10) Como conhecer o fluxo de dados da ficha de notificação pode auxiliar no monitoramento e prevenção dos casos de violência contra as mulheres urbanas e rurais? 11) Essa informação, muda sua atuação em saúde?
5º Momento	Destacar quais foram as reflexões mais significativas do GF
Total: 180 minutos	Equipe de apoio: Observador coordena o tempo do encontro

<b>3º Grupo Focal<sup>44</sup></b>	
Temática	Notificação de violência contra as mulheres urbanas e rurais
Objetivo	Compreender as dificuldades que os profissionais de saúde tem no preenchimento da ficha de notificação de violência contra as mulheres urbanas e rurais.
1º Momento	Organização da logística Folha de chamada Reforças o contrato grupal
2º Momento	Retomar a construção coletiva do encontro anterior (no 5º momento do encontro) apresentando de forma descrita. Apresentar o objetivo deste terceiro encontro de forma que os profissionais (re)conheçam o ciclo da notificação, a responsabilidade/e o compromisso na visibilidade da violência
3º Momento	Entrega no caso clínico <sup>45</sup> para realização de notificação, após o preenchimento da ficha de notificação abordar todos os campos da ficha para esclarecimento de dúvidas.  A abordagem do conteúdo da ficha de notificação, foi dividida em: 1º - Preenchimento do campo "Dados gerais" 2º - Preenchimento do campo "Notificação individual" 3º - Preenchimento do campo "Dados de residência" 4º - Preenchimento do campo "Dados da pessoa atendida" 5º - Preenchimento do campo "Dados da ocorrência"
4º Momento	6º - Preenchimento do campo "Violência" 7º - Preenchimento do campo "Violência sexual" 8º - Preenchimento do campo "Dados do provável autor da violência" 9º - Preenchimento do campo "Encaminhamento" 10º - Preenchimento do campo "Dados finais" 11º - Preenchimento do campo "Informações complementares"  Em cada momento de abordagem foi questionado aos participantes sobre "Como é o preenchimento deste campo para vocês? Vocês têm alguma dúvida sobre o preenchimento?" e após realizada a explicação sobre o

<sup>44</sup> Nota da autora: foram pensadas e organizadas a temática de forma a serem realizadas em três Grupos Focais, porém a depender da dinâmica e participação do grupo deixou-se um quarto dia reservado no convite e organização inicial para fim de comportar toda a temática proposta. Assim, caso houver necessidade da realização de mais um encontro o mesmo será feito no 4º Grupo Focal.

<sup>45</sup> O caso clínico trabalhando com os participantes da pesquisa foi elaborado para auxiliar nas atividades de notificação da violência. Destaca-se que todos os participantes receberam o mesmo estudo para a atividade. O Material utilizado pode ser observado no APÊNDICE I.

	preenchimento deste campo, conforme preconizado em território nacional.
5º Momento	Neste momento de reflexão coletiva, foi perguntado aos participantes para: Destacar as reflexões mais significantes do Grupo Focal realizado Como foi a participação nestes encontros? Qual a reflexão ou contribuição que permanece?  Após foi entregue uma “lembrancinha” aos participantes e realizado o encerramento dos GF
Total: 180 minutos	Equipe de apoio: Observador coordena o tempo do encontro



**APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – CRS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, ....., em nome da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, na qual desempenho a função de ..... autorizo a realização do estudo intitulado "Notificações de violência contra mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto". Este estudo será realizado pela pesquisadora responsável Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva, Profa. Dra. Andressa de Andrade e pela mestrandia Esp. Fabiane Debastiani.

Através deste documento, tenho conhecimento que o objetivo geral do estudo é de “Analisar as notificações de violência contra mulheres rurais e urbanas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o entendimento de profissionais no preenchimento da ficha de notificação”, como objetivos secundários [1] Caracterizar os casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; [2] Avaliar o entendimento dos profissionais de saúde no preenchimento das notificações em casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas e [3] Compreender as interfaces das notificações de saúde nos casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas.

Também, que a primeira parte deste estudo será realizada com os dados secundários e de livre acesso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da região desta coordenadoria. E a segunda parte do estudo, método qualitativo, será realizado no município com maior quantitativo de notificações de violência contra as mulheres na mesma região.

Com a assinatura deste documento, autorizo a realização do estudo na região da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Palmeira das Missões, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Assinatura do responsável

**APÊNDICE F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - SMS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, ..... na qualidade de Secretário(a) da Secretaria de Município de Saúde da cidade de ....., autorizo a realização do estudo intitulado "Notificação da violência contra mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto" a ser realizado pela pesquisadora responsável Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva, Profa. Dra. Andressa de Andrade e pela mestranda Esp. Fabiane Debastiani.

Tenho clareza quanto ao objetivo do estudo, a característica das atividades e temáticas a serem desenvolvidas/trabalhadas/esperadas e a participação dos profissionais de saúde na pesquisa. Sendo assim, nenhum participante sofrerá prejuízo ou questionamentos de qualquer natureza referido à participação ou não deste estudo.

Esta Secretaria de Município de Saúde está ciente de sua responsabilidade no desenvolvimento das atividades, bem como no compromisso de coparticipante das atividades desenvolvidas e do bem estar dos envolvidos. Neste sentido, será disposto uma infraestrutura para a realização das atividades.

Palmeira das Missões, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Assinatura do responsável

**APÊNDICE G – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do estudo:** Notificações de violência contra mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva e Profa. Dra. Andressa de Andrade

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS / Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR)

**Telefone e endereço postal completo:**

**Local da coleta de dados:** Local a ser definido pela Secretaria de Município de Saúde

**Mestranda responsável:** Esp. Fabiane Debastiani

**Telefone para contato:** (55) 981110956

Eu, Fabiane Debastiani, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade, vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões /RS, sob orientação da Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva e Profa. Dra. Andressa de Andrade responsáveis pela pesquisa, a convidamos a participar como voluntária do estudo intitulado: “Notificação da violência contra mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto”. Esta pesquisa pretende como objetivo geral: Analisar as notificações de violência contra mulheres rurais e urbanas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o entendimento de profissionais no preenchimento da ficha de notificação, e os objetivos específicos consistem em: [1] Caracterizar os casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; [2] Avaliar o entendimento dos profissionais de saúde no preenchimento das notificações em casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas e [3] Compreender as interfaces das notificações de saúde nos casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas.

Acreditamos que este estudo seja importante para avaliar a temática através do método misto, visando a análise quantitativa dos dados de notificação de violência onde as mulheres

são as principais afetadas e, também, qualitativamente com os profissionais de saúde para fim de ampliar a reflexão frente as notificações de saúde dos casos de violência contra as mulheres.

Para a realização deste estudo será feito os seguintes procedimentos: (1) será apresentado a proposta do projeto a você, como objetivo e temáticas a ser abordadas, (2) haverá o esclarecimento de possíveis dúvidas que você possa ter referente a participação do projeto e neste termo, (3) você será esclarecida sobre a pesquisa e as informações contidas neste documento, (4) no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinará ao final deste documento, que está em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Sua participação neste estudo será através dos encontros de pesquisa conforme programação disponibilizada. Os encontros abordaram a temática da violência contra as mulheres no que tange as notificações de saúde e sua relação com rede de assistência a saúde e saúde coletiva. Se você concordar, essa conversa será gravada e após será transcrita pela pesquisadora.

A princípio, sua participação neste estudo não apresentará riscos potenciais ou reais nas dimensões: física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Porém, você pode sentir desconforto devido ao tempo destinado aos encontros ou a temática abordada. Caso isso aconteça você poderá interromper sua participação no estudo. Ressalta-se que esta ação e pesquisa não onera gastos financeiros para o voluntário.

Quanto aos benefícios deste estudo, compreendemos que este pode não apresentar benefícios diretos aos participantes, porém ao considerar os resultados e análise deste estudo esperamos compreender o processo de notificação de saúde, bem como os desafios e potencialidades de realizá-lo no ambiente profissional. Também, esperamos contribuir para maior produção científica frente a temática, visando a qualificação da assistência e dos dados em saúde.

Ressalta-se que em caso de dúvidas e esclarecimentos, os pesquisados terão acesso aos pesquisadores e ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, em qualquer momento do estudo.

Ao concordar em participar da pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo e o anonimato dos participantes, garantindo a privacidade das informações fornecidas, logo as informações coletadas durante este estudo tem caráter privativo desta pesquisa. Destaca-se que você não será identificado(a) em nenhum momento da pesquisa ou dos resultados, quando os mesmos forem divulgados em eventos e publicações científicas, dentre eles na dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR).

Todo material produzido neste estudo será arquivado digitalmente e guardado sob posse

dos pesquisadores, por um período de cinco anos e após este período os mesmos serão destruídos. Esta pesquisa não prevê gastos ou custeio aos participantes, de nenhuma natureza.

**Autorização do voluntário:**

(    ) Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar voluntariamente deste estudo. Esclarecendo que fui suficientemente informado (a) e minhas dúvidas contempladas pelas pesquisadoras. Estou ciente de todos os procedimentos que serão realizados nesta pesquisa, bem como as garantias de confidencialidade e possibilidade de futuros esclarecimentos no decorrer do estudo. Desta forma, aceito participar deste estudo e expressando minha concordância de participação voluntária, assino este documento e o termo de confidencialidade em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome e assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

Palmeira das Missões, 28 de Junho de 2023.

---

Pesquisadora Responsável  
Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva

---

Mda. Pesquisadora  
Esp. Fabiane Debastiani

Caso tenha dúvidas sobre a ética em pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com).

**APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do estudo:** Notificações de violência contra mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva e Profa. Dra. Andressa de Andrade

**Mestranda responsável:** Esp. Fabiane Debastiani

**Instituição/Departamento:** Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões

**Telefone:** (55) 981110956

A(s) pesquisadora(s) deste estudo, identificadas acima, assumem a responsabilidade e compromisso de:

- (1) Preservar a confidencialidade dos dados vinculados aos sujeitos participantes deste estudo;
- (2) Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos através do anonimato e não identificação durante a divulgação dos achados deste estudo, visando a não identificação dos sujeitos e utilização de codificadores que não permitem a identificação dos sujeitos pesquisados;
- (3) Assegurar que as informações e/ou materiais produzidos neste estudo serão utilizados, unicamente e exclusivamente para a execução do projeto em questão, construção de uma base de dados para análise dos dados sob diferentes perspectivas teóricas e publicações científicas.

As informações serão divulgadas somente de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões/RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva e da Profa. Dra. Andressa de Andrade, e após esse período, os dados serão destruídos. A instituição referida encontra-se no endereço: Avenida Independência, Nº 3751, Bairro Vista Alegre, cidade

Palmeira das Missões - RS, CEP: 98300-000, telefone: (55) 3742-8800.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 12/01/2023, e recebeu o número de registro CAAE 5.849.103.

Palmeira das Missões, 28 de Junho de 2023.

---

Pesquisadora Responsável  
Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva

---

Pesquisadora Responsável  
Profa. Dra. Andressa de Andrade

---

Mda. Pesquisadora  
Esp. Fabiane Debastiani

Caso tenha dúvidas sobre a ética em pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com).

## **APÊNDICE I – MATERIAL DE APOIO PARA ATIVIDADE DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES/RS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

**Pesquisa: Notificações da violência contra as mulheres rurais e urbanas: Estudo de método misto**

**Material de Apoio: Grupo Focal 3**

### **Estudo de caso:**

Poliana Souza, 70 anos, autodeclarada amarela, do lar. Após uma longa conversa com os profissionais de saúde, relata que quando estava voltando para casa do mercado no dia 24/07/2023 às 18h30 e foi abordada pelo filho com agressividade. O filho, usuário de cocaína, segurou o braço de Poliana com força e bateu nela na região da cabeça e barriga, enquanto gritava e ameaçava a mãe. A violência iniciou na rua e finalizou dentro da casa de ambos. Os vizinhos já haviam relatado a rotina de violência que ocorria no lar para o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e para os profissionais da Unidade de Saúde. No dia do evento eles ajudaram a Dra. Poliana e, no dia seguinte, levaram-na para a Unidade de Saúde para consulta. Após encaminhamento de saúde foi realizada a notificação.

## APÊNDICE J – ATIVIDADE DE RESULTADOS DE PESQUISA

Imagens dos cards divulgados na internet referente a formação complementar em saúde. Esta formação complementar surgiu como um resultado de pesquisa, visto que durante a realização dos GF os profissionais de saúde sinalizaram a necessidade de aprofundar as reflexões com os diferentes serviços de saúde quanto à identificação e atendimento às mulheres em situação de violência.

Card 1 - Divulgação do evento



Card 2 - Serviços participantes



Card 3 - Card de divulgação



Card 4 - Cronograma/programação



Cards de divulgação pós evento. Os cards são apresentados na forma sequencial de sua postagem nas mídias sociais.



**25 outubro**  
2023

**FORMAÇÃO COMPLEMENTAR:**  
Um olhar intersetorial para a violência contra as  
mulheres urbanas e rurais



**AGRADECEMOS A PARTICIPAÇÃO  
DE TODOS!**

7.

**REALIZAÇÃO:**



**APOIO:**



8.

Material elaborado para divulgação no jornal sobre as atividades desenvolvidas.

**25 outubro**  
2023

**FORMAÇÃO COMPLEMENTAR:**  
Um olhar intersetorial para a violência contra as  
mulheres urbanas e rurais





**REALIZAÇÃO:**



**APOIO:**



## ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Esta ficha de notificação foi adaptada (pintada) para melhor compreensão dos campos/variáveis obrigatórios (destacado na cor: rosa), essenciais (destacado na cor: verde) e campos-chave (destacado na cor: amarelo). As cores foram destacadas conforme consta no manual Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada (Brasil, 2016b).

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/trafamiliar, 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, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09		
	3 Data da notificação				
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora	<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros			
	7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
8 Unidade de Saúde	Código (CNES)				
10 Nome do paciente	11 Data de nascimento				
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 M <input type="checkbox"/> Masculino F <input type="checkbox"/> Feminino I <input type="checkbox"/> Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/>	
	15 Raça/Cor	<input type="checkbox"/> 1- Branco <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
	16 Escolaridade	<input type="checkbox"/> 0- Não lê e não escreve <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica			
	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe			
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)		
	21 Distrito				
Dados de Residência	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida...)	Código		
	24 Número	25 Complemento (apto., casa...)	26 Geo campo 1		
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 DDD) Telefone	31 Zona	<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Perurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	32 País (se residente fora do Brasil)				
	<b>Dados Complementares</b>				
Dados da Pessoa Atingida	33 Nome Social	34 Ocupação			
	35 Situação conjugal / Estado civil	<input type="checkbox"/> 1- Solteiro <input type="checkbox"/> 2- Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3- Viúvo <input type="checkbox"/> 4- Separado <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
	36 Orientação Sexual	<input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3- Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência/transstorno?	<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
Dados da Ocorrência	39 Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?	<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras... <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)		
	42 Distrito				
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida...)	Código		
	45 Número	46 Complemento (apto., casa...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência	50 Zona	<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Perurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
51 Hora da ocorrência (00.00 - 23.59 horas)					
52 Local de ocorrência	<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústria/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado			53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado					

SVS 15.06.2015

Violência	<b>55 Essa violência foi motivada por:</b> 01-Sexismo 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		
	<b>56 Tipo de violência</b> 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	<b>57 Meio de agressão</b> 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"/> Intoxicação	
Violência Sexual	<b>58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?</b> 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 _____		
	<b>59 Procedimento realizado</b> 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 prévio em lei		
Dados do provável autor da violência	<b>60 Número de envolvidos</b> <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida</b> 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)	<b>62 Sexo do provável autor da violência</b> <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	<b>63 Suspeita de uso de álcool</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Encaminhamento	<b>64 Ciclo de vida do provável autor da violência:</b> <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		
	<b>65 Encaminhamento:</b> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de 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	<b>66 Violência Relacionada ao Trabalho</b> <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<b>67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)</b> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	<b>68 Circunstância da lesão</b> CID 10 - Cap XX _____
	<b>69 Data de encerramento</b> _____		
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____	
		(DDD) Telefone _____	
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
<b>TELEFONES ÚTEIS</b>			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS <b>136</b>		Disque Direitos Humanos <b>100</b>	
<b>Central de Atendimento à Mulher 180</b>			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
	Nome _____	Assinatura _____	
	Função _____		
Violência interpessoal/autoprovocada _____ Sinan _____ SVS 15.06.2015			

## ANEXO B – IMAGEM DO APLICATIVO NotiVIVA

Para conhecimento e melhor compreensão do aplicativo NotiVIVA, são apresentados alguns *Print Screen* (ou captura de tela) do aplicativo supracitado.

As capturas de tela foram feitas a partir do dispositivo móvel (celular) da autora deste estudo. Capturas de tela das páginas iniciais do aplicativo.

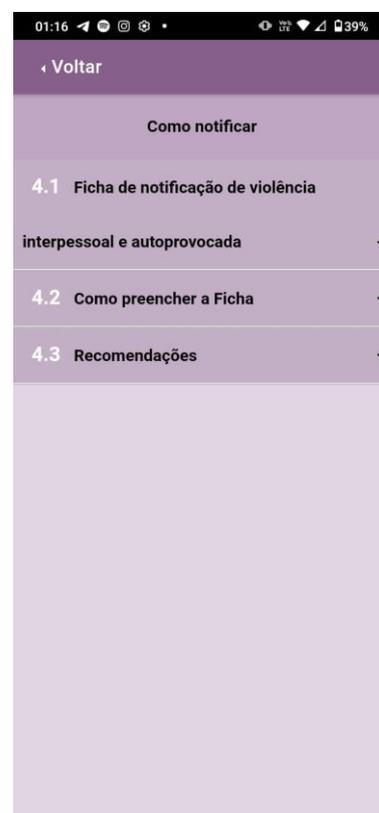
Captura da primeira tela do aplicativo



Captura da segunda tela do aplicativo



Captura de tela do aplicativo na parte “como notificar”

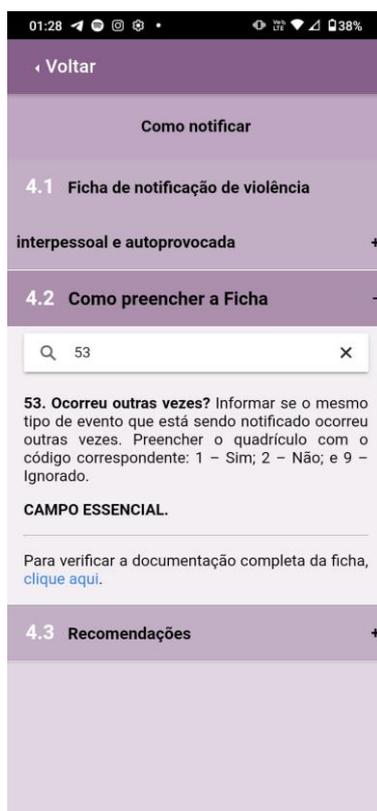


Capturas de tela das páginas do aplicativo simulando a busca por esclarecimento no preenchimento da FN.

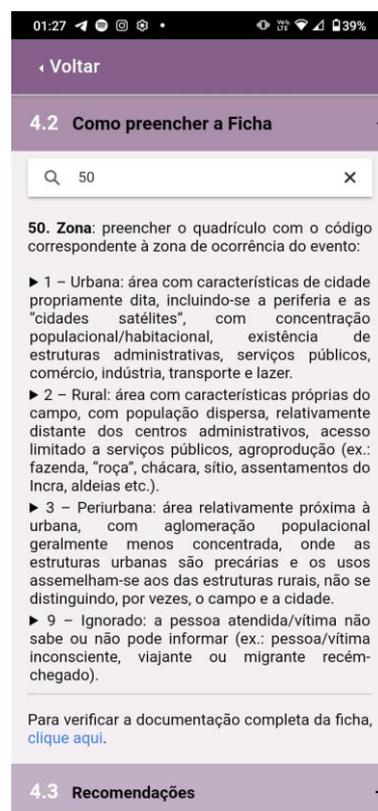
Captura de tela do aplicativo na parte “como notificar - como preencher a ficha de notificação”



Captura de tela do aplicativo na parte “como notificar - como preencher a ficha de notificação - preenchimento do campo 53”



Captura de tela do aplicativo na parte “como notificar - como preencher a ficha de notificação - preenchimento do campo 50”



## ANEXO C – APRECIÇÃO DO CEP

Documentos da apreciação do CEP da pesquisa.



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES RURAIS E URBANAS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

**Pesquisador:** Ethel Bastos da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66044122.6.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.849.103

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), campus Palmeira das Missões, intitulado "NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES RURAIS E URBANAS: ESTUDO DE MÉTODO MISTO".

No resumo é apresentado o seguinte texto: "A atenção primária em saúde tem um papel importante na identificação e notificação dos casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas, neste contexto se faz necessário o (re)conhecimento do território como forma de identificar, monitorar e intervir nos casos de violência contra elas. Há vasta produção sobre a temática, porém limitada, quanto às mulheres rurais e a utilização de métodos mistos. Este estudo justifica-se pela necessidade de avaliar o fenômeno das notificações em saúde no contexto da violência contra mulheres rurais e urbanas por meio do método misto, o qual visa quantificar os dados de notificação de violência a mulheres rurais e urbanas e avaliar qualitativamente o entendimento dos profissionais de saúde quanto à notificação destes casos. Diante desta problemática questiona-se "Qual a compreensão de profissionais de saúde no preenchimento da ficha de notificação de violência contra as mulheres rurais e urbanas? E como essas notificações se apresentam no Sistema de Informação de Agravos de Notificação?". Objetivo geral: Analisar as notificações de violência contra mulheres rurais e urbanas no Sistema de Informação de Agravos

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br



Continuação do Parecer: 5.849.103

de Notificação e o entendimento de profissionais no preenchimento da ficha de notificação. Objetivos secundários: [1] Caracterizar os casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; [2] Avaliar o entendimento dos profissionais de saúde no preenchimento das notificações em casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas e [3] Compreender as interfaces das notificações de saúde nos casos de violência contra as mulheres rurais e urbanas. Método: estudo misto, sequencial e explanatório (quan->QUAL). A parte quantitativa seguirá a característica transversal, em que será coletado dados secundários das notificações de violência contra as mulheres em um período de 10 anos nos 26 municípios pertencentes a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. A parte qualitativa assumirá características exploratória, participativa e de intervenção ao município indicado pela parte quantitativa como maior notificador. A coleta de dados será realizada por meio de Grupos focais com as temáticas: Vigilância e vigilantes em saúde; Violência contra as mulheres; Situações de violência no território; Notificações de saúde; e como esses encontros ajudam na reflexão da prática. A análise dos achados ocorrerá por meio da técnica proposta por Bardin. A aproximação dos dados será realizada com a conexão de dados. Este estudo seguirá as orientações éticas em pesquisa com dados secundários e seres humanos e ocorrerá no período de dezembro de 2022 a dezembro de 2023. Resultados esperados: Obter um panorama da violência contra mulheres rurais e urbanas com a frequência dos tipos de violência e fatores associados, fornecendo dados para futuras pesquisas; Compreender o processo da notificação dessas violências na maior unidade notificadora, dando visibilidade a notificação de violência contra mulheres rurais e urbanas como instrumento potente a ser empregado pelas equipes de saúde; e pontuar as dificuldades dos profissionais no preenchimento da ficha de notificação."

O projeto apresenta também introdução, fundamentação teórica, método, orçamento, cronograma e instrumentos de pesquisa.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as notificações de violência contra mulheres rurais e urbanas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o entendimento de profissionais no preenchimento da ficha de notificação.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Tendo em vista as características do projeto, a descrição de riscos e benefícios pode ser

<b>Endereço:</b> Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
<b>Bairro:</b> Camobi <b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS <b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9362 <b>E-mail:</b> cep.ufsm@ufsm.br



Continuação do Parecer: 5.849.103

considerada suficiente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória podem ser considerados suficientes.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2064862.pdf	10/01/2023 19:15:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochurapesquisa.pdf	10/01/2023 19:13:15	Ethel Bastos da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/01/2023 19:01:10	Ethel Bastos da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaDerosto.pdf	13/12/2022 09:49:46	Ethel Bastos da Silva	Aceito
Outros	AutorizaçaoInstitucional.pdf	13/12/2022 09:48:30	Ethel Bastos da Silva	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	13/12/2022 09:47:24	Ethel Bastos da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	10/12/2022 11:01:17	Ethel Bastos da Silva	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/12/2022 10:54:52	Ethel Bastos da Silva	Aceito
Outros	projeto_72195.pdf	10/12/2022 10:48:03	Ethel Bastos da Silva	Aceito

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br



Continuação do Parecer: 5.849.103

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 12 de Janeiro de 2023

---

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 725 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@ufsm.br