



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO-BRASIL:
PERFIL DAS AGREDIDAS E CARACTERÍSTICAS DAS OCORRÊNCIAS
NOTIFICADAS ENTRE 2015 A 2019**

RECIFE

2022

MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO-BRASIL:
PERFIL DAS AGREDIDAS E CARACTERÍSTICAS DAS OCORRÊNCIAS
NOTIFICADAS ENTRE 2015 A 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Profº. Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

Coorientador: Profº. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca

RECIFE

2022

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4-1790

S237v	Santos, Mychelson Santana da Silva Violência contra as mulheres no estado de Pernambuco-Brasil: perfil das agredidas e características das ocorrências notificadas entre 2015 a 2019/ Mychelson Santana da Silva Santos. – 2022. 102 p. Orientador: Petrônio José de Lima Martelli. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2022. Inclui referências, apêndice e anexos. 1. Violência contra a mulher. 2. Notificação. 3. Sistemas de informações em saúde. 4. Epidemiologia. I Martelli, Petrônio José de Lima (Orientador). II. Título. 610 CDD (23.ed.)	UFPE (CCS 2023-072)
-------	--	---------------------

MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO-BRASIL:
PERFIL DAS AGREDIDAS E CARACTERÍSTICAS DAS OCORRÊNCIAS
NOTIFICADAS ENTRE 2015 A 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 23 / 12 / 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Orientador)
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Cristine Vieira do Bonfim (Examinadora Interna)
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Ricardo José de Souza Castro (Examinador Externo)
Núcleo de Ciências da Vida
Universidade Federal de Pernambuco

As mulheres da minha ancestralidade, que marcaram minha vida com suas dores, lutas, resistência e cuidado. À minha esposa e ao meu filho, por terem sido amparo e fortaleza para que eu pudesse concluir mais uma etapa desta vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e por seu cuidado que supera as minhas expectativas.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão da bolsa para realização do curso e deste trabalho.

A meu orientador Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli, pelo apoio, paciência, incentivo e respeito ao objeto que desejei estudar.

A meu coorientador Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca, por ter aceito o desafio de coorientar o estudo e por ter permanecido durante todo o processo de construção, por todo seu acolhimento, presença, sensibilidade e contribuições, que me ajudaram a crescer como pesquisador e como pessoa. Minha admiração e agradecimento.

Aos membros da banca de qualificação do projeto de pesquisa (Profa. Dra. Cristine Vieira do Bonfim e Prof. Dr. Ricardo José de Souza Castro), que conduziram-me a maiores reflexões e potencializaram a pesquisa.

A Prefeitura de Vitória de Santo Antão-PE, a qual garantiu transporte universitário para deslocamento durante todo o curso.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva UFPE e a todos/as professores/as que lecionaram em minha turma.

A todos/as que passaram na turma como discentes, gratidão a estes amigos e amigas que dividiram momentos de alegrias, angústias, inquietações e apoio genuíno, sem vocês o desafio de concluir o curso teria sido maior.

A secretaria estadual de saúde de Pernambuco por disponibilizar o banco de dados para alcance dos resultados da pesquisa.

As amigadas e a todo aprendizado construído na I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, em especial as profissionais Ana Cristina Pedrosa do Monte e Wanessa Santos de Andrade por tornar cada vez mais possível a conclusão do curso, no momento, gratidão é a palavra de maior expressão.

A minha mãe por sua história de vida, força e superação que me inspira e fortalece.

A minha esposa por todo companheirismo e cuidado.

Ao meu filho Pedro Fernando que com sua alegria contagiante e modo de ser me ensina a paternar e me possibilita ser uma pessoa melhor.

Ao amigo Cleiton Nascimento pelo apoio que sempre amplia minha saúde e facilita conquistas como estas.

A todos/as que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste trabalho e na construção da minha vida acadêmica.

Queria que alguém lesse o conto que escrevi. Não encontrei nenhuma pessoa disposta a lê-lo, nem a ouvi-lo lido por mim. E, naquelas poucas páginas, não havia apenas um conto, somente uma história. Havia um grito de dor transformado numa canção, que só chegava a ser um pedido de socorro porque ainda restava, apesar de tudo, um certo orgulho velando a minha desbarata coragem.

No jogo da vida, na mesa do mundo, sem enxergar e distinguir bem os adversários, eu colocara todas as fichas no poder do sonho, já que não sou muito afinado com a realidade.

Sou um domador de sonhos. Sou o guardião de uma loucura mansa, um profeta sem seguidores. Sou um revoltado contra as ditaduras que cultivam a tortura e que afogam todas as liberdades nas águas sujas de todas as moedas do mundo. Sou livre porque não temo arriscar a vida. Sou o palhaço que zomba das próprias desventuras. Sou o herói de todas as guerras e há muito que me sinto incapacitado para a paz que não conquistei. Sou um contemporâneo de todos vocês, um contemporâneo de um tempo difícil que serve de pasto para servidões que só serão vencidas com o poder do sonho, lutando, gritando alto que a liberdade que temos em nós é maior do que qualquer aparato de força das tiranias. Sou um rebelado.

Vem, Maria, ouvir a minha história, para que eu vença o desespero e volte a ser, pelo menos por alguns momentos, compatível com minha existência de irreduzível sonhador, de talvez impossíveis caminhos e esperanças. (CAMPOS, 2004)

RESUMO

O enfrentamento da violência contra as mulheres além de ser necessário para a equidade de gênero e para garantia dos direitos humanos é extremamente importante para a elevação dos níveis de saúde, no mundo e no Brasil. O estudo teve como objetivo descrever as características epidemiológicas das notificações de violência contra as mulheres em Pernambuco, 2015 a 2019. Estudo ecológico, descritivo de corte transversal, a fonte de dados foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Identificamos 31.439 casos, predominaram mulheres na faixa etária dos 10 a 29 anos (16.730) ou seja (53,2%), da raça/cor da pele parda (20.384) equivalente a (64,8%). As mulheres solteiras foram as que mais sofreram violências (14.405) correspondendo a (45,8%). A zona urbana (26.005) isto é (82,7%) foi a mais frequente. Quanto ao local de ocorrência predominou a residência (19.013) isto significa (60,5%). Concernente a natureza das violências, os maiores registros foram física (19.049) ou seja (60,6%), psicológica (9.609) equivalente a (30,6%) e sexual (4.983) igual a (15,8%). A força corporal/espancamento alcançou (13.662) similar a (43,5%). Quanto aos agressores os parceiros íntimos (cônjuge, ex-cônjuge e namorado) figuraram como os prováveis autores (9.964) igual a (31,7%), frequentemente do sexo masculino (17.879) ou seja (56,9%). A descrição das características epidemiológicas evidenciou, de modo geral, o predomínio dos tipos de violência física, psicológica e sexual em ambiente doméstico e provocadas majoritariamente por parceiros íntimos, perpetradas por meio da força corporal/espancamento. A maioria das mulheres agredidas encontravam-se na faixa etária dos 10 aos 29 anos de idade, eram solteiras e se autodeclararam de raça/cor parda.

Palavras-chave: violência contra a mulher; notificação; sistemas de informações em saúde; epidemiologia.

ABSTRACT

Tackling violence against women, in addition to being necessary for gender equity and guaranteeing human rights, is extremely important for raising health levels in the world and in Brazil. The study aimed to describe the epidemiological characteristics of notifications of violence against women in Pernambuco, from 2015 to 2019. An ecological, descriptive cross-sectional study, the data source was the Information System for Notifiable Diseases. We identified 31.439 cases, predominantly women aged between 10 and 20 years (16.730) that is (53,2%), of brown race/skin color (20.284) equivalent to (64,8%). Single women were the ones who suffered the most violence (14.405) corresponding to (45,8%). The urban área (26,005) that is (82,7%) was the most frequent. As for the place of occurrence, residence predominated (19.013) this means (60,5%). Concerning the nature of violence, the highest records were physical (19.049) that is (60,6%), psychological (9.609) equivalent to (30,6%) and sexual (4.983) equal to (15,8%). Body strength/beatting reached (13.662) similar to (43,5%). As for the aggressors, intimate partners (spouse, ex-spouse e boyfriend) figured as the probable perpetrators (9.964) equal to (31,7%), often male (17.879) that is (56,9%). The description of the epidemiological characteristics showed, in general, the predominance of types of physical, psychological and sexual violence in the domestic environment and caused mainly by intimate partners, perpetrated through corporal force/beating. Most of the women who were attacked were aged between 10 and 29 years old, were single and self – declared to be of mixed race/color.

Key Words: violence against women; notification; health information systems; epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Definição dos descritores da Biblioteca Virtual em Saúde sobre violência contra as mulheres e a notificação dos casos.....	19
Quadro 2 –	Número de referências identificadas por cruzamento de descritores (jan/2015 – set/2020).....	21
Quadro 3 –	Tipologias e definições das violências.....	28
Quadro 4 –	Legislações que normatizam a notificação compulsória das casos suspeitos e confirmados de violência contra as mulheres realizadas pelos serviços públicos e privados de saúde no Brasil.....	31
Figura 1 –	Distribuição das macrorregiões de saúde. Pernambuco/2011.....	35
Figura 2 –	Regiões de saúde Pernambuco/2011.....	36
Quadro 5 –	Variáveis elegíveis para o estudo	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caraterização dos artigos da pesquisa bibliográfica (BVS e SciELO) segundo ano de publicação.....	22
Tabela 2 -	Caraterização dos artigos da pesquisa bibliográfica (BVS e SciELO) segundo Revista/Periódico Científico.....	22
Tabela 3 -	Caraterização dos artigos da pesquisa bibliográfica (BVS e SciELO) segundo área temática/assunto.....	23
Tabela 4 –	Caraterização dos artigos da pesquisa bibliográfica (BVS e SciELO) segundo Estado/UF.....	24
Tabela 5 -	Número e percentual de campos preenchidos na ficha de notificação/investigação de violência segundo variável/campo de informação e o ano da notificação no Estado de Pernambuco – Brasil 2015 a 2019.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAV	Centro Acadêmico de Vitória
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissíveis
LGBTI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexual,
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência Provocada por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVO.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	A SELEÇÃO DOS MATERIAIS.....	19
3.2	DIREITOS HUMANOS, GÊNERO E SAÚDE COLETIVA: INTERFACES DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	24
3.3	TIPOLOGIAS E DEFINIÇÕES DA VIOLÊNCIA.....	27
3.4	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AS IMPLICAÇÕES DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS.....	30
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
4.1	ÁREA DO ESTUDO.....	35
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	36
4.3	DESENHO DO ESTUDO.....	36
4.4	FONTE DE DADOS.....	36
4.5	DEFINIÇÕES DE VARIÁVEIS.....	37
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	39
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
5	RESULTADOS.....	41
5.1	ARTIGO – VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO-BRASIL: PERFIL DAS AGREDIDAS E CARACTERÍSTICAS DAS OCORRÊNCIAS NOTIFICADAS ENTRE 2015 A 2019.....	41
6	CONCLUSÃO.....	61
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICE A – RESULTADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA REVISÃO DE LITERATURA.....	69
	ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL.....	88

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.	90
ANEXO C – ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.....	94
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.....	95
ANEXO E – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	96

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres compreende um amplo espectro, que contempla desde a agressão verbal até as ações que podem culminar no feminicídio, ou seja, o homicídio praticado contra a mulher em decorrência do fato dela ser mulher. A expressão violência de gênero contra a mulher é um termo polissêmico, o qual a Organização das Nações Unidas (ONU), trata como: “todo ato de violência contra a pessoa do sexo feminino, que tenha ou possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclusive, as ameaças de tais atos, a coação ou a privação da liberdade, tanto na vida pública como na privada” (ONU, 1993).

Estes atos constituem uma pandemia global que dificulta o desenvolvimento mundial inclusivo, equitativo e sustentável. Sua magnitude tem sido denunciada por mulheres, homens, pesquisadores, profissionais de saúde e de direitos humanos, entre outros, de todas as regiões e esferas da vida. A violência contra as mulheres provoca prejuízos tanto no campo individual como traz consequências no âmbito familiar e social (ONU, 2018). No ano de 2019, 243 milhões de mulheres em idade fértil em todo o mundo sofreram violência sexual ou física por um parceiro íntimo, fato que configura uma das maiores violações mundiais dos direitos humanos. No entanto, muitos países não possuem legislação que garanta o direito das mulheres, tendo em vista que um em cada quatro países não dispõe de leis que protejam especificamente as mulheres da violência (ONU MULHERES, 2020).

No Brasil, a desigualdade, a exploração de classe, raça/etnia e sexualidade, são elementos presentes na sociedade desde a sua formação colonial, estes fatos potencializam os limites e contradições para garantia dos direitos humanos, inclusive o direito das mulheres viverem uma vida sem violência, essa compreensão reforça o entendimento de que a violência perpetrada contra esta população, não resulta apenas das relações individuais isoladamente, no entanto, contempla, inclusive, a manutenção de estruturas sociais (CISNE, 2015).

Um estudo de base populacional com mulheres expostas a violência no Brasil, sugere que a maioria delas provavelmente experimentará um risco aumentado de mortalidade, independentemente de seu local de residência, faixa etária, origem racial/étnica, situação de estado civil e situação socioeconômica (SANDOVAL *et al.*, 2020). Nesta direção, o

observatório da mulher contra a violência e o Atlas da violência registraram no ano de 2019 que o Brasil atingiu 3.737 mortes de mulheres em decorrência da violência e 289.705 casos notificados de violência contra as mulheres realizadas por órgãos de saúde (OMV, 2019; CERQUEIRA, 2021).

O enfrentamento da violência contra as mulheres além de ser necessário para a equidade de gênero e para a garantia dos direitos humanos é extremamente importante para a elevação dos níveis de saúde, no mundo e no Brasil. O campo da saúde configura-se como uma área privilegiada para detecção deste agravo, pois é neste espaço que as mulheres que sofrem violência, muitas vezes procuram por atendimento e orientação (CHISHOLM, BULLOCK e FERGUSON, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído legalmente pela Constituição Federal de 1988, expressa de forma muito viva o ideário da Reforma sanitária brasileira e orienta suas ações e serviços tendo por base os princípios organizativos do acesso universal, da integralidade da atenção em saúde e da equidade (CF/1988).

Estes princípios procuram promover a cidadania, a saúde como direito de todos e de todas e a superação das injustiças sociais. Nesta perspectiva, o cuidado integral de saúde das mulheres devem incluir, também, estratégias de enfrentamento das causas externas, pertencentes ao grupo das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), que inclui as violências (VIEIRA e BENEVIDES 2016).

No Brasil, a notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência contra as mulheres, possui fundamentação legal^{1, 2, 3} para ser realizada de forma compulsória pela área da saúde, os dados dos sistemas de informações em saúde possibilitam diagnosticar o perfil das mulheres notificadas, mensurar a magnitude, dimensionar o problema e suas consequências e apresentar suas características, para fazer vigilância, promover saúde e prevenir, por meio da

¹ Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

² Decreto nº 5.099 de 03 de junho de 2004 regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela.

³ 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.

intersectorialidade, podendo ainda contribuir para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais, em todos os níveis e setores de enfrentamento (BARUFALDI *et al.*, 2017).

No entanto, toda análise da situação de violência contra as mulheres, especificamente no sistema de informação de agravos de notificação, pressupõe a superação da precariedade e insuficiência de estudos que analisem a qualidade dos dados, potencializando a informação de qualidade, a estruturação dos serviços e o fortalecimento do sistema de vigilância deste agravo, constituindo-se como passo importante para a atenção e para o cuidado em rede (DELZIOVO *et al.*, 2018).

Visando incrementar e destacar o rigor para este tipo o crime de violência contra as mulheres, foi sancionada no Brasil a Lei Maria da Penha, nº 11.340/06. Um dos incisos da referida legislação preconiza a promoção de estudos, pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com enfoque de gênero, de raça ou etnia, a fim de identificar as causas, as consequências e a frequência da violência doméstica e familiar contra a mulher. O objetivo destas ações é sistematizar dados, unificá-los nacionalmente e avaliá-los periodicamente, com a finalidade de subsidiar estratégias de enfrentamento do fenômeno (BRASIL, 2006). Nesta perspectiva, a presente pesquisa tem como objetivo descrever as características epidemiológicas das notificações de violências contra as mulheres em Pernambuco, 2015 a 2019.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever as características epidemiológicas das notificações de violências contra as mulheres em Pernambuco, 2015 a 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil das mulheres que sofreram violência residentes em Pernambuco, 2015 a 2019.
- Caracterizar as formas de violência contra as mulheres residentes em Pernambuco entre 2015 a 2019.
- Caracterizar o perfil do/a provável autor/a da violência

3 REVISÃO DE LTERATURA

3.1 A SELEÇÃO DOS MATERIAIS

Neste estudo, a pesquisa em bases de dados, para construção da revisão de literatura, foi realizada com o levantamento, seleção, organização e análise das publicações relacionadas ao campo-tema, o qual, segundo Peter Spink (2003, p. 28) é um “complexo de redes de sentidos que se interconectam, é um espaço criado, herdado ou incorporado pelo pesquisador ou pesquisadora e negociado na medida em que este busca se inserir nas suas teias de ação”.

As buscas foram realizadas em duas bases de dados, escolhidas por terem como foco, um tipo de literatura específica e complementar:

- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que é uma plataforma eletrônica, com indexação de artigos e outras produções da área da saúde, dos países da América Latina e Caribe, seu formato é compatível com as bases de dados internacionais, seu acesso é livre, universal e acontece pela internet (Site: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>).
- Scientific Eletronic Library Online (ScieELO), (Site: <www.scielo.br>) é uma biblioteca eletrônica, viável para pesquisas cujo interesse são publicações brasileiras, justamente, por indexar coleções selecionadas de periódicos científicos nacionais (RIBEIRO, 2015).

Após selecionar as bases de dados, elencamos os descritores, que são vocabulários utilizados para buscar nas bases de dados as produções científicas relacionadas com o campo-tema da notificação da violência contra as mulheres. Os descritores, por sua vez, podem ser localizados em bancos de descritores, os mesmos possuem uma definição e associam palavras que se relacionam ao tema pesquisado. Contudo, a SciELO não possui bancos de descritores, o que nos levou a realizar a escolha nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da BVS, identificando termos que melhor definem a temática de interesse, (Site: <<http://decs.bvs.br/>>).

Quadro 1 – Definição dos descritores da Biblioteca Virtual em Saúde sobre Violência contra as mulheres e a notificação dos casos.

Descritor	Definição	Termos Alternativos
		Sistema Nacional de Agravos de Notificação Sistema Nacional de Agravos de Notificação Sistema de Informação da Atenção à Saúde Sistema de Informação da Saúde

Sistemas de Informação em Saúde	Sistema para a coleta ou processamento de dados a partir de várias fontes e que usa a informação para a execução de políticas em serviços de saúde, bem como para o seu gerenciamento. Pode ter versões eletrônicas ou em papel.	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sistema de Informação de Atenção à Saúde Sistema de Informação de Saúde Sistema de Informação em Cuidados de Saúde Sistema de Informação em Saúde Sistema de Informação na Área da Saúde Sistema de Informações de Agravos de Notificação Sistema de Informações em Saúde Sistemas de Informação da Atenção à Saúde Sistemas de Informação da Saúde Sistemas de Informação de Agravos de Notificação Sistemas de Informação de Agravos de Notificação Sistemas de Informação de Atenção à Saúde Sistemas de Informação de Saúde Sistemas de Informação em Cuidados de Saúde Sistemas de Informação na Área da Saúde Sistemas de Informação sobre Sangue Sistemas de Informações de Agravos de Notificação Sistemas de Informações em Saúde
Notificação	Aviso oficial sobre atos ou fatos de interesse da pessoa notificada.	Não possui sinônimos na plataforma
Violência contra a mulher	Qualquer ato de violência baseado no gênero, seja na vida pública ou privada, que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças, coerção, privação de liberdade, mutilação genital e outras.	Crimes contra a Mulher Crimes contra as Mulheres Delitos contra a Mulher Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher Violência contra as Mulheres

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

Para as buscas nos bancos de dados da SciELO e da BVS, optamos por uma pesquisa com o método integrado (descritores cruzados), uma vez que, os descritores sendo utilizados de modo individual, geraram um número maior de trabalhos, que não estavam relacionados com o tema da pesquisa. Portanto, para o levantamento, optamos pelo cruzamento dos descritores (ver quadro 2) e utilizamos os seguintes filtros de refinamento:

- Ano de publicação: abrangeu os anos de 2015 a 2020, considerando a produção recente dos últimos cinco anos e incluindo meados do período do estudo.
- Idioma: textos em língua portuguesa.
- Tipo de Literatura/Documento: em virtude do quantitativo encontrado, escolhemos os artigos científicos, que costumam ser um tipo de produção de grande circulação e abrangência no campo científico (RIBEIRO, 2015).

As buscas nas duas plataformas, localizaram o total de 81 artigos. A revisão de literatura feita por dois revisores, envolveu, também, reticulações de bibliografia, ou seja, buscamos identificar, na lista de referências de cada texto, artigos que se referiam ao objeto deste estudo, e que não apareciam nas buscas feitas na SciELO e na Biblioteca Virtual de Saúde, com os descritores utilizados neste estudo.

Quadro 2 – Número de referências identificadas por cruzamento de descritores (jan/2015 – set/2020).

Descritores (cruzados)	SciELO	BVS
“Violência contra a Mulher” AND “Notificação”	26	40
“Violência contra a Mulher” AND “Sistemas de Informação em Saúde”	6	9
Total	32	49

Após o preenchimento do quadro 2, listamos os artigos por metodologia, títulos, autores(as), periódicos, anos de publicação, Estados/UF que a pesquisa foi desenvolvida e áreas temáticas/assuntos do estudo. Com estas informações, construímos um quadro geral, no intuito de identificar e eliminar produções repetidas e as que permaneceram sem se relacionar com os objetivos do estudo.

Sendo assim, nos restou o quantitativo de 40 artigos que correspondiam aos critérios de inclusão (Apêndice A), os quais, primeiramente separamos por meio da leitura dos títulos, resumos e palavras chaves, posteriormente seguimos com o fichamento dos mesmos. As pesquisas são predominantemente quantitativas, dois estudos adotaram métodos tanto

quantitativo quanto qualitativo para a sua construção e onze foram exclusivamente investigações qualitativas.

Na sequência, apresentamos graficamente, os resultados destas buscas com as respectivas filtragens. Elencamos a distribuição das produções ao longo do tempo, de acordo com os periódicos que as publicaram, Estados/UF e áreas do conhecimento/assunto.

Tabela 1 – Caracterização dos artigos da pesquisa bibliográfica (BVS e SciELO) segundo ano de publicação.

Ano	Publicações
2015	4
2016	5
2017	10
2018	10
2019	7
2020	4

Fonte: O próprio autor

De acordo com a tabela 1, identificamos um maior número de produção científica, nos anos 2017 e 2018, os quais totalizaram dez artigos em cada ano. O ano de 2015 e o período de 2020 foi o tempo com o menor número de publicações indexadas nas plataformas utilizadas, neste período, foram elaborados quatro artigos em ambos os anos. Em 2016 e 2019 houve uma oscilação das produções, cinco e sete respectivamente, os maiores números se concentram nos anos de 2017 e 2018, com dez publicações cada.

Tabela 2 – Caracterização dos artigos da pesquisa bibliográfica (BVS e SciELO) segundo revista/periódico científico.

Revista/periódico	Publicações
Cadernos de saúde pública	3
Ciência e saúde coletiva	4
Epidemiologia e serviços de saúde	3
Revista brasileira de epidemiologia	3
Revista brasileira em promoção da saúde	2
Revista de enfermagem da UFPE	4
Revista gaúcha de enfermagem	2
Texto e contexto-enfermagem	3
Outros	1

Fonte: O próprio autor

A partir da seleção dos 40 artigos, identificamos 24 periódicos/revistas, 16 apresentam apenas uma referência e estão representados na coluna “outros”. Archives of Health Sciences (online), Boletim Epidemiológico Paulista, Cogitare Enfermagem, Enfermagem em Foco, Estudos Interdisciplinares em Psicologia, HU Revista, Journal of Health & Biological Sciences, Journal of Health (Londrina), Psicologia: Teoria e Pesquisa, Revista Baiana de enfermagem Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (Tabela 2).

De acordo com a tabela 2, os demais periódicos/revistas registraram de duas a quatro produções científicas no período analisado. Contabilizamos quatro publicações para a Revista Ciência e Saúde Coletiva e para a Revista de Enfermagem da UFPE. Os periódicos/revistas que apontaram a publicação de três artigos, foram os Cadernos de Saúde Pública, a Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, a Revista Brasileira de Epidemiologia e a Revista Texto e Contexto – Enfermagem. A Revista Brasileira de Saúde e a Revista Gaúcha de Enfermagem, por sua vez, contabilizaram a publicação de dois artigos.

Tabela 3 – Caracterização dos artigos da pesquisa bibliográfica (BVS e SciELO) segundo área temática/assunto.

Área temática/Assunto	Publicações
Saúde Pública	8
Saúde Pública. Amb e Ocup	2
Epidemiologia	5
Política e Serviços de Saúde	3
Enfermagem	10
Ciências da Saúde	4
Violência Contra a Mulher	3
Sistemas de Informação em Saúde	3
Psiquiatria e Psicologia	1
Notificação	1

Fonte: O próprio autor

Destaca-se a predominância de periódicos da área de Enfermagem, que refletem na análise das áreas temáticas/assuntos 10 artigos. A Saúde Pública, com oito publicações, é a segunda área que mais produziu. A Epidemiologia apresenta cinco publicações e as Ciências da Saúde, quatro, Política e Serviços de Saúde, juntamente com a Violência Contra a Mulher e os Sistemas de Informação em Saúde, três, Saúde Pública Ambiental e Ocupacional, dois. Por fim, Psiquiatria e Psicologia e notificação, foram os assuntos com uma publicação (Tabela 3).

Tabela 4 – Caracterização dos artigos da pesquisa bibliográfica (BVS e SciELO) segundo Estado/UF.

Estados da Federação	Publicações
Distrito Federal	5
Rio de Janeiro	2
Minas Gerais	3
Bahia	4
Rondônia	1
Pará	1
Rio Grande do Sul	3
Paraná	4
Santa Catarina	3
São Paulo	5
Ceará	1
Maranhão	1
Goiás	2
Rio Grande do Norte	1
Pernambuco	2
Piauí	2

Fonte: O próprio autor

Referente a distribuição dos locais (Estados/UF) onde os estudos foram realizados, é possível visualizar (Tabela 4) uma variação entre a quantidade de publicações. A região Nordeste (Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte, Piauí, Maranhão e Pernambuco), embora tenha Estados com uma publicação, soma o maior número de produções, 11 artigos. As regiões Sul (Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná) e Sudeste (Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro), se aproximam com a produção total de 10 artigos respectivamente. Em seguida, identificamos a Região Centro Oeste (Goiás e Distrito Federal), com sete artigos, na Região Norte, identificamos uma referência no Estado do Pará e outra em Rondônia.

3.2 DIREITOS HUMANOS, GÊNERO E SAÚDE COLETIVA: INTERFACES DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A ONU, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclama que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, e que toda pessoa, homens e mulheres, devem fazer uso de todos os direitos e liberdades evocados nessa Declaração, sem distinção alguma, inclusive de gênero, raça, sexo e sexualidade (ONU, 1948).

No Brasil, outros tratados internacionais foram pactuados e revalidados, o país manteve envolvimento em convenções que seguem na direção da dignidade e da liberdade humana, as quais tem sido sustentação para todos os direitos humanos. Neste repertório, é possível identificar, participação em eventos importantes que, sobretudo, tomam por base o recorte de gênero e buscam garantir os direitos das mulheres, inclusive, o direito de viverem uma vida sem violência, a saber: a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (Convenção de Palermo, 2000) (BRASIL, 2011).

Minayo (2010), compreende a violência como um fenômeno de cunho social, histórico, multidimensional, complexo e controverso, o qual tem acompanhado toda a experiência da humanidade, o mesmo ocorre por meio de ações individuais ou coletivas, que podem causar comprometimentos físicos, emocionais, éticos e/ou morais, atingindo a si próprio ou a outras pessoas. Embora a violência tenha dimensões multicausais, quando perpetrada contra as mulheres, funda-se, sobretudo, nas diferenças históricas, culturais, sociais e hierárquicas das relações de gênero, que atribui as mulheres uma postura estereotipada de subalternidade em relação aos homens (KRUG *et al.*, 2002; OLIVEIRA 2007; SCHRAIBER, D' OLIVEIRA E COUTO 2009; BRASIL 2011).

A Lei Maria da Penha 11.340/06 e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011), no rol das legislações brasileiras, reconhecem a violência como crime e como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo as vítimas em seus direitos à vida, à saúde e a integridade física. Dessa forma, legitimam conceitualmente que a violência contra a mulher consiste em: “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 2011).

O fenômeno da violência contra as mulheres ocupa o escopo da agenda da saúde pública e recebeu prioridade em 2004, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual foi criada com o forte estímulo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983 (BRASIL, 2004).

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no

planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p.5).

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), na operacionalidade de uma atenção integral as mulheres vítimas de violência, parte da compreensão ampliada, de que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, conforme conceituou a Organização Mundial de Saúde em 1948 (OMS/WHO, 1948). Através desta perspectiva, é possível confirmar o quanto o fenômeno da violência contra as mulheres, configura-se também, como um problema e uma demanda de saúde pública, tendo em vista, a necessidade de uma abordagem biopsicossocial das vítimas e a articulação dos distintos níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (primário, secundário, terciário e quaternário), para enfrentamento desta problemática, os quais devem ser norteados pelo imperativo ético, de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento, devem ser acolhidos (TETIKCOK *et al.*, 2016; BARUFALDI *et al.*, 2017).

O enfrentamento à violência é um importante desafio para a saúde pública, devido aos sérios impactos sociais, econômicos, epidemiológicos e organizativos da rede de atenção à saúde. A incorporação da temática à agenda do setor saúde no Brasil, que é signatário de acordos internacionais e desenvolve um conjunto de iniciativas para a promoção da saúde, para a prevenção da violência e para o atendimento integral e humanizado às pessoas em situação de violência, demonstra a relevância do tema (BARUFALDI *et al.*, 2017, p. 2937).

O fato das mulheres vítimas de violência, muitas vezes, procurarem atendimento unicamente nos serviços de saúde, é outra questão, que leva a entender que este espaço da saúde tem papel fundamental na detecção do fenômeno e na resposta deste problema (SILVINO *et al.*, 2016). A busca pelos serviços de saúde, pode ter sido reforçada através do mecanismo de descentralização político-administrativa, promovido pelo SUS, para as três esferas de governo, o qual reordenou os serviços públicos de saúde a partir de uma lógica territorial de adscrição populacional e geográfica, que conseqüentemente, deve aproximar as pessoas e fortalecer os vínculos longitudinais de cuidado (SOUZA *et al.*, 2021).

No Brasil, durante os anos de 2010 a 2015, foram registrados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 586.484 casos de violência contra as mulheres, na faixa etária dos 10 anos de idade a 60 anos ou mais. No mesmo período o Estado de Pernambuco, notificou 31.395 casos, para a mesma população. O Sistema de Informações Sobre Mortalidade (Sim), por sua vez, registrou 27.083 casos de mortes de mulheres, provocadas por agressões, na faixa etária dos 10 aos 80 anos de idade ou mais. Neste universo, é importante

considerar, que estas informações apresenta uma pequena fração do número de vítimas, dado o comprometimento das estatísticas brasileiras para este agravo de saúde (GARCIA, 2016).

3.3 TIPOLOGIAS E DEFINIÇÕES DAS VIOLÊNCIAS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), além de reconhecer a violência como um problema de saúde pública, e referir-se ao mesmo como ‘o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação’, encarrega-se de formular uma tipologia para este agravo. Neste sentido, elaborou três grandes categorias de violência, as quais foram formuladas a partir da intencionalidade do agressor e servem, inclusive, para nortear as ações de vigilância e notificação epidemiológica (Krug *et al.*, 2002; BRASIL, 2016), seriam:

1. Violência autoprovocada/autoinfligida

Consiste na violência que a pessoa inflige a si própria. Inclui-se nesta categoria a ideação suicida, as tentativas e a realização do suicídio, engloba-se ainda, as autoagressões, nas quais podem ser provocadas por meio de arranhões, cortes, queimaduras e mordidas, chegando algumas vezes a níveis mais severos, como é o caso das amputações de membros (Botega, 2015; Brasil, 2016).

2. Violência doméstica/intrafamiliar

Esta modalidade é caracterizada pela violência praticada dentro do contexto familiar, em suas distintas formas, sendo assim, pode ocorrer nas moradias e também em outros espaços que abriguem as relações familiares, independente de coabitação. Parte da intencionalidade de membros familiares, inclusive aqueles que não possuem relação parental de consanguinidade (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; BRASIL, 2016).

Nesta direção, a Lei Maria da Penha (11.340/2006), postula que a violência doméstica perpetrada contra a mulher, configura-se como ‘qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial’. Neste tipo de violência, as relações do agressor com a vítima, (atuais ou passadas), podem ter sido estabelecidas, tanto com relações íntimas de afetos (independente de coabitação), como pode ter sido mantida, com qualquer outro indivíduo, que é ou se considera aparentado, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa (BRASIL, 2006).

3. Violência extrafamiliar/comunitária

Diz respeito às agressões praticadas por conhecidos e desconhecidos em ambiente social no geral. A violência extrafamiliar/comunitária, é praticada por atentado à integridade e a vida e/ou a seus bens das pessoas, é passível de medidas repressivas e preventivas por parte das forças de segurança pública e do sistema de justiça: policiais, Ministério Público e Poder Judiciário. Neste tipo de violência, a notificação a autoridade sanitária, é obrigatória quando atingem apenas crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, indígenas, deficientes e pertencentes à população LGBT (BRASIL, 2016).

Juntamente com estas classificações, a OMS, estabelece distinções sobre as suas naturezas e caracteriza os meios que provocaram a violência. Estes são adotados como variáveis obrigatórias de notificação epidemiológica, pelos serviços públicos e privados de saúde, conforme orienta o Ministério da Saúde, em seu Manual Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2016).

No tocante a natureza das violências, classificou-se em física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil e intervenção legal. Em contrapartida, seus meios foram elencados da seguinte forma: força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfurocortante, substância/objeto quente (queimadura), envenenamento, intoxicação, arma de fogo e ameaça, seguindo as respectivas características e conceituações aderidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

QUADRO 3 - Tipologias e definições das violências

Tipologias	Definições
Violência física	Refere-se os atos, que por meio de força física, tem a intencionalidade de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
Violência psicológica/moral	Consiste nos comportamentos que apresenta risco ou causa dano as estruturas mentais e psicológicas das vítimas, podendo afetar sua autoestima, identidade e seu pleno desenvolvimento, caracteriza-se através de humilhações, chantagens, ameaças, críticas, xingamentos, discriminação, desrespeito e rejeição, no entanto, a depender do ambiente que ocorra, pode receber outras nomenclaturas, como por exemplo, a

	violência moral, que acontece no ambiente laboral do trabalho e se desenvolve nas relações hierárquicas abusivas, com assédios que repercutem na garantia do emprego e compromete o clima organizacional.
Tortura	É a conduta constrangedora, permeada de grave ameaça ou do uso de força, que objetiva obter informações, declarações e confissões, ou ainda, serve para obrigar o desempenho de ações criminosas. Outras razões para este tipo de violência é a discriminação racial ou religiosa.
Violência sexual	Pode ser conceituada como as práticas intencionais, que obrigam as pessoas a presenciarem ou a praticarem qualquer forma de interação sexual, seja ela, com o objetivo de obter lucro, vingança ou outras finalidades. Incluem-se nesta modalidade de violência, várias práticas, desde o estupro até situações de abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada, atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica e material pornográfico.
Tráfico de seres humanos	Contempla ações que manejam, tanto o recrutamento, como o alojamento e o transporte de pessoas para atividades como prostituição, trabalho escravo e sem remuneração, bem como para venda de órgãos, ou seja, trata-se do movimento de pessoas, com a finalidade de exploração. Semelhante a outros atos de natureza violenta, pode ou não se utilizar de força física, contudo, permite o agressor recorrer à ameaças, ao rapto, a fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou de outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para alcance de seus objetivos. Ressalta-se que o tráfico de seres humanos pode ocorrer em território nacional, internacional e inclusive entre continentes.
Violência financeira/econômica/patrimonial	Os prejuízos causados, sejam eles, dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, equipamentos de trabalho, bens e valores, constitui-se na exploração imprópria, ilegal ou no uso sem o consentimento da vítima de seus recursos financeiros, econômicos e/ou patrimoniais.
	Trata-se da omissão de cuidados considerados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social, como nos casos em que a vítima é comprometida com a falta de

Negligência/abandono	cuidados de saúde, privação do uso de medicamentos e cuidados de higiene, é exposta a ambientes insalubres e comprometida para seu desenvolvimento intelectual. Em todo caso, o abandono configura o nível extremo da negligência.
Trabalho infantil	Equivale a qualquer rotina de trabalho sistematizada e obrigatória, feita por crianças e adolescentes, que, sobretudo, as colocam em condições de vulnerabilidade física, moral, social e psíquica, prejudicando seu pleno desenvolvimento. No trabalho infantil, é vedado o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) e qualquer trabalho a menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos (EC nº 20 de 1998).
Violência por intervenção legal	Diz respeito às condutas abusivas, praticadas por agentes públicos do Estado no exercício de sua função (policiais, advogados, agentes de trânsito e demais agente da Lei), as quais excedem sua autoridade e podem resultar em ferimento, agressão, constrangimento e até levar a morte.

Fonte: elaborado pelo próprio autor com base no Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Quanto aos meios que provocam os tipos de violência e suas distintas manifestações, localiza-se as seguintes denotações:

- Força corporal/espancamento: inclui murro, tapa, soco, empurrão e outros;
- Enforcamento: inclui estrangulamento, esganadura, “gravata” e outros;
- Objeto contundente: inclui pau, cassetete, barra de ferro e outros;
- Objeto perfurocortante: inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros;
- Substância/objeto quente (queimadura): inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor-d’água, substância química e outras;
- Envenenamento, intoxicação: inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos etc;
- Arma de fogo: inclui revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros.

3.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AS IMPLICAÇÕES DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, o agravo da violência contra as mulheres, também deve ser enfrentado com compromisso epidemiológico, o mesmo fortalece a necessidade de notificar qualquer suspeita ou confirmação da violência, sendo assim, a notificação pode ser vista como uma ação estratégica que está para além dos atos profissionais de zelo ou respeito aos preceitos éticos e legais, ela alcança o potencial de desenvolver ações de vigilância e monitoramento das situações de saúde, inclusive, das situações agravadas pela violência e configura-se como mais um recurso de garantia de direitos e proteção social às mulheres de todas as idades (CARNEVALLE *et. al.*, 2019).

É importante ressaltar, que na área da saúde, a notificação dos casos de violência interpessoal/autoprovocada contra as mulheres, na suspeita ou na confirmação dos casos, é uma medida de notificação compulsória, sendo assim, a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, deve ser realizada pelos profissionais ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, através de uma ficha específica para este agravo. Neste fluxo, a ficha de notificação individual deve ser, inicialmente, encaminhado em tempo oportuno no prazo de 24 horas, a vigilância epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde. Após a consolidação dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) as informações são direcionadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Do ponto de vista normativo, há um repertório legal que permeia e fundamenta a notificação compulsória dos casos suspeitos e confirmados de violência contra as mulheres, o qual pode ser visto a partir de uma linha do tempo apresentada no quadro abaixo.

Quadro 4 - Legislações que normatizam a notificação compulsória dos casos suspeitos e confirmados de violência contra as mulheres realizadas pelos serviços públicos e privados de saúde no Brasil.

Legislação/ano histórico	Definição
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
Decreto nº 5.099 de 03 de junho de 2004	Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela
	Implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o mesmo foi

Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006	concebido com dois componentes: os inquéritos periódicos (VIVA Inquérito) com dados de unidades sentinela de urgência e emergência e a notificação de violências (VIVA Contínuo) com a vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou de outras violências interpessoais e autoprovocadas
Portaria nº 1.384, de 12 de junho de 2007	Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde
2006 - 2008	A vigilância de violências através do VIVA, foi progressivamente expandida dos serviços de urgência e emergência, para os serviços de saúde também são considerados de referência para estes casos, a saber: centros de referência para violências, centros de referência para IST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros
2009	O VIVA passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); integrando a Lista de Notificação Compulsória apenas nas Unidades Sentinela
Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011	A notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências passou a integrar a lista de notificação compulsória universalizando o acesso para todos os serviços públicos e privados de saúde e não apenas nas unidades sentinelas
Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014	Atualizou a lista de doenças e agravos de notificação compulsória atribuindo caráter imediato (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) à notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde
2017	Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS, tornaram-se de notificação compulsória os casos suspeitos ou confirmados das violências doméstica (intrafamiliar), o tráfico de pessoas, as intervenções legais, a violência sexual, o trabalho escravo, as práticas de tortura, as violências autoprovocadas, o trabalho infantil e as violências homofóbicas, perpetradas contra homens e mulheres em todos os ciclos de vida, além das violências comunitárias (extrafamiliar) provocadas a crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, indígenas, pessoas com deficiências e população LGBTI+
Lei nº 13.931 de 10 de dezembro de 2019	Determina a comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de violência contra mulheres à autoridade policial no prazo de 24 horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Para além das normatizações legais e do estabelecimento de arranjos organizacionais e de fluxos para os atendimentos as mulheres que sofrem violência, é possível adverter que a vulnerabilidade das mesmas, só será notada pelo profissional da saúde, quando o mesmo estiver atento e sensível aos eventos, às características e à subjetividade contida nas queixas, as quais costumam ser recorrentes e corroboram exatamente para o paradigma de que, a maior visibilidade do fenômeno da violência contra as mulheres na interface da saúde, além de estar associada a organização dos serviços, relaciona-se também, ao tipo de abordagem utilizada pelos profissionais (ANDRADE, 2009; CARNASSALE, 2012). Com estas considerações, Minayo *et al.*, 2018 prossegue com as seguintes constatações, sugeridas após a análise dos dados do VIVA Sinan Net:

A primeira diz respeito ao incremento da adesão dos serviços à notificação dos casos de violência, que se faz acompanhar pelo aumento dos registros. É importante considerar que houve, especialmente nos primeiros anos do século XXI um possível incremento da capacidade diagnóstica dos casos por parte dos profissionais, graças à formação continuada e ao maior acesso aos serviços, nos quais as vítimas puderam ser atendidas e os casos, notificados. Entretanto, é importante registrar que a adesão ao sistema ainda está aquém do desejado (MINAYO *et al.*, 2018, p. 2014).

A subnotificação dos casos, que chegam às unidades de saúde, ajudam a sustentar a hipótese de que o fenômeno da violência contra as mulheres, muitas vezes, é negligenciado pelos profissionais, que tem dificuldades de reconhecê-lo como agravo à saúde; esta tendência contribui para a invisibilidade do problema e pode colaborar para a reincidência e agravamento dos casos e até mesmo afastar as vítimas e inibir denúncias (SOUZA *et al.*, 2009).

As limitações técnicas profissionais são sustentadas por motivos plurais, nos quais se apresentam, frequentemente, o medo dos profissionais sofrerem retaliações, o desconhecimento acerca do caráter compulsório da notificação, a dificuldade ou os constrangimentos de preencher a ficha de notificação, a falta ou o pouco investimento em educação permanente e continuada, a impotência diante da situação de violência e a sobrecarga no cotidiano do serviço (SENA *et al.*, 2012; KIND *et al.*, 2013; GOMES, 2014).

Os limites no manejo profissional para o reconhecimento de determinados agravos à saúde da população brasileira, tais como a violência contra as mulheres, muitas vezes, também estão atreladas a comprometimentos na formação acadêmica, que costuma não oferecer treinamentos e disciplinas que contemplem os aspectos relacionados às violências, permanecendo fortemente, nas práticas educacionais, o modelo de atenção centrado na doença

(CORDEIRO, 2015). Em contra partida, a autora sugere que é preciso repensar as formações, tanto acadêmicas quanto profissionais, considerando o seguinte:

As instituições de ensino superior têm papel importante nesse processo, se considerarem a necessidade de implementação de espaços de discussão dessa temática nos currículos mínimos, a fim de possibilitar a compreensão acerca da construção desigual entre os gêneros, o que favorece a violência nas relações homem e mulher; de articulação ensino-saúde para formação em serviço com ênfase na identificação do agravo e notificações, viabilizando a vigilância em saúde; de desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão que possibilitem desvelar e transformar essa realidade. (CORDEIRO, 2015, p.215)

Para alcançar as expectativas de uma assistência de qualidade com ações resolutivas, no enfrentamento da violência contra as mulheres, é necessário capacitação, engajamento e conhecimento daqueles que as assistem, tendo em vista que os objetivos desejados não devem ser apenas a produção de informações e sim, a alteração da realidade, com cuidado efetivo e prevenção de novos episódios de violência (BARUFALDI, 2017; ACOSTA, 2017).

Nesta perspectiva, a criação de indicadores por meio da notificação, possibilita a elaboração, o monitoramento e a avaliação da violência contra as mulheres, além de dimensionar e servir para análise de suas consequências; estas ações são fundamentais à disseminação de conhecimento e a magnitude sobre o fenômeno e servem para subsidiar o planejamento e a implementação de políticas e programas estratégicos de prevenção e intervenção (FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2016).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Estado de Pernambuco que está localizado na região Nordeste do Brasil. A projeção da população residente no Estado de acordo com estimativas do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019 é de 9.557.070 pessoas, sendo 4.199.274 do sexo feminino acima dos 10 anos de idade. O Estado de Pernambuco tem uma extensão territorial de 98.067,877 km², é composto por 184 municípios mais o Distrito de Fernando de Noronha. Administrativamente, do ponto de vista da saúde, o Estado divide-se em 12 regiões de saúde e em 4 macrorregiões de saúde, são elas, o Vale do São Francisco e Araripe, Sertão, Metropolitana e o Agreste (PERNAMBUCO, 2021). (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - Distribuição das macrorregiões de saúde. Pernambuco/2011.



Fonte: Plano diretor de regionalização - PDR-PE/2011.

Figura 2 - Regiões de saúde. Pernambuco/2011.



Fonte: Plano diretor de regionalização - PDR-PE/2011.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

A população do estudo foi constituída pelas notificações de violência contra as mulheres na faixa etária de dez anos a mais, que configuraram casos suspeitos ou confirmados de violência, residentes no Estado de Pernambuco, notificadas no sistema de informação de agravos de notificação (Sinan) módulo violência, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2019. A razão de escolha deste período, justifica-se por ser o tempo em que o banco de dados apresentou maior consolidação de preenchimento/completitude.

4.3 DESENHO DO ESTUDO

Estudo epidemiológico, transversal, tipo ecológico, tendo como unidade de medida os anos do período analisados, descritivo e quantitativo. Os estudos transversais possuem como característica a observação de indivíduos e coletividades em uma única oportunidade (MEDRONHO, 2009).

Em um estudo de desenho ecológico a unidade de análise é o grupo, os mesmos são úteis para identificação de aglomeração de casos de doenças e agravos a saúde e na busca de fatores que explicam o excesso de casos; além de possibilitarem a formulação de hipóteses e o teste das mesmas (SANTOS e BARCELOS, 2008).

4.4 FONTE DE DADOS

A fonte de dados para os casos de violência contra as mulheres foi o banco de dados do Sinan, módulo violência. A alimentação desse banco acontece por meio da ficha de

notificação individual e é registrado como violência interpessoal/autoprovocada, com o código CID 10 Y09 em casos suspeitos e confirmados (Anexo A). O banco de dados foi solicitado em 13 de junho de 2022 e disponibilizado no mesmo mês. Para efeitos deste estudo desconsideramos os casos de violência autoprovocada e trabalhamos apenas com as interpessoais.

4.5 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Tornaram-se elegíveis 13 variáveis da ficha de notificação individual para violência interpessoal (versão SVS de 15/06/2015) (QUADRO 5). A elegibilidade das variáveis aconteceu após análise de completitude (Tabela 5). Entende-se por completitude dos registros o grau de preenchimento dos campos da ficha de notificação, sendo assim, as variáveis em ‘branco’ ou preenchidas com ‘ignorado’ foram consideradas como incompletas (BRASIL, 2015).

Quadro 5 - Variáveis elegíveis para o estudo.

Bloco da ficha de notificação	Nome da variável	Campos da variável	Critério de seleção	Completitude 2015-2019
Dados Gerais	Data de ocorrência da violência	Único	Obrigatório	100%
Notificação individual	Idade	Único	Obrigatório	100%
	Gestante			78,8%
	Raça/cor		Importante	89,1%
Dados de residência	Zona de residência	Único	Importante	95%
	Município de residência		Obrigatório	100%
Dados da pessoa atendida	Situação conjugal/estado civil	Único	Essencial	78,8%
Dados da ocorrência	Local de ocorrência	Único		
	Zona de ocorrência		Importante	85,1%
Tipologia da violência	Tipo de violência	Múltiplo () ¹	Essencial	Boa
	Meio de agressão	Múltiplo () ²		Boa
Dados do provável autor da agressão	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	Único	Essencial	Boa
	Sexo do provável autor da agressão			83,2%

Fonte: Elaborada pelo próprio autor

1 Tipo de violência – Física; psicológica/moral; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; intervenção legal; outros.

2 Força corporal/espantamento; enforcamento; obj. contundente; obj. perfuro-cortante; substância/obj. quente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo; ameaça; outro.

O Manual de operação do Sinan, versão 4.8, bem como Abath, 2014, definem como boa completitude a variável com preenchimento igual ou superior a 75,1%; regular de 50,1% a 75,0%; baixa de 25,1% a 50,0%; e completitude muito baixa, igual ou inferior a 25,0%, dessa forma, selecionamos as variáveis com preenchimento considerado bom.

As variáveis também se tornaram elegíveis para o estudo por atenderem a condição de obrigatória para a inclusão dos casos de violência no Sinan e por serem essenciais para análise epidemiológica local e operacional das violências, conforme preconiza o Ministério da saúde (BRASIL, 2019). Ainda elencamos algumas variáveis como importantes para a vigilância das violências por possibilitarem a construção de indicadores epidemiológicos relevantes para a construção do perfil da violência, embora as mesmas não integrem o rol de variáveis consideradas obrigatórias ou essenciais, conforme preconizações de preenchimento do Sinan (variáveis importantes).

Tabela 5 – Número e percentual de campos preenchidos na ficha de notificação/investigação de violência segundo variável/campo de informação e ano da notificação no Estado de Pernambuco – Brasil, 2015 à 2019

Variáveis/campos da informação	Bloco da ficha	Ano de notificação											
		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
		(N= 6.816)		(N= 7.073)		(N= 7.901)		(N= 5.922)		(N= 3.727)		(N= 31.439)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade	NI	6.816	100%	7.073	100%	7.901	100%	5.992	100%	3.727	100%	31.439	100%
Raça/cor		5.017	73,6	6.116	86,5	7.385	93,5	5.805	98	3.689	99	28.012	89,1
Escolaridade		3.662	53,7	3.447	48,7	4.072	51,5	3.146	53,1	2.027	54,4	16.354	52
Gestante		5.263	77,2	5.431	76,8	6.144	77,8	4.857	82	3.085	82,8	24.780	78,8
Zona de residência	DR	6.378	93,6	6.511	92,1	7.552	95,6	5.759	97,2	3.657	98,1	29.857	95
Situação conjugal	DPA	5.465	80,2	5.327	75,3	6.232	79	4.776	80,6	2.973	79,8	24.773	78,8
Orientação sexual		3.919	57,5	4.516	63,8	5.420	68,6	4.494	75,9	2.911	78	21.260	68
Identidade de gênero		2.732	40	3.955	56	4.593	58	3.914	66	2.705	73	17.899	57
Zona de ocorrência	DO	5.605	82	5.784	81,8	6.717	85	5.343	90,2	3.300	88,5	26.749	85,1
Local de ocorrência		5.555	81,5	5.565	78,7	6.438	81,5	5.005	84,5	3.164	85	25.727	81,8
Ocorreu outras vezes?		4.907	72	4.900	69,3	5.567	70,5	4.249	71,7	2.740	73,5	22.363	71,1
Essa violência foi motivada por?	V	3.543	52	4.388	62	5.273	66,7	4.417	74,6	2.728	73,2	20.349	64,7
Violência Física		6.457	94,7	6.495	91,8	7.429	94	5.786	97,7	3.661	98,2	29.828	94,9
Violência Psicológica/moral		6.028	88,4	6.122	86,6	7.142	90,4	5.683	96	3.638	97,6	28.613	91
Tortura		5.972	87,6	6.059	85,7	7.042	89,1	5.652	95,4	3.621	97,2	28.346	90,2
Sexual		6.063	89	6.163	87,1	7.137	90,3	5.696	96,2	3.649	97,9	28.708	91
Tráfico de seres humanos		5.992	88	6.087	86	7.051	89	5.665	96	3.635	98	28.430	90
Financeira/econômica		5.968	87,6	6.069	85,8	7.048	89,2	5.661	95,6	3.630	97,4	28.376	90,3
Negligência/abandono		5.993	87,9	6.173	87	7.093	89,8	5.672	95,8	3.633	97,5	28.564	90,9
Intervenção legal		5.973	87,6	6.064	85,7	7.038	89,1	5.660	95,6	3.627	97,3	28.362	90,2
Outros		5.851	86	5.903	83	6.882	87	5.519	93	3.505	94	27.660	88
Força corporal/espandimento		6.140	90,1	6.126	86,6	7.111	90	5.646	95	3.585	96	28.608	91
Enforcamento		5.842	86	5.898	83	6.875	87	5.570	94	3.575	96	27.760	88,3
Obj. contundente		5.863	86	5.941	84	6.856	86,8	5.572	94,1	3.570	95,8	27.802	88,4
Obj. perfuro-cortante		5.895	86,5	5.979	84,5	6.911	87,5	5.588	94,4	3.576	95,9	27.949	89
Substância/obj. quente		5.848	85,8	5.929	83,8	6.877	87	5.571	94,1	3.568	95,7	27.793	88,4
Envenenamento, intoxicação		5.862	86	5.952	84	6.894	87	5.576	94,2	3.574	95,9	27.858	88,6
Arma de fogo		5.853	86	5.938	84	6.886	87,2	5.572	94,1	3.572	95,8	27.821	88
Ameaça		5.847	85,8	5.945	84	6.899	87	5.555	94	3.555	95	27.862	88
Outro		5.583	82	5.668	80	6.565	83	5.292	89	3.375	91	26.483	84
Relação com a pessoa atendida	DPAA	5.505	80,8	5.607	79,3	6.455	81,7	5.342	90,2	3.494	93,7	26.403	84
Pai		5.509	80,8	5.628	79,6	6.451	81,6	5.346	90,3	3.504	94	26.438	84
Mãe		5.504	80,8	5.597	79,1	6.444	82	5.341	90,2	3.492	93,7	26.378	83,9
Padrastro		5.504	81	5.597	79,1	6.450	81,6	5.344	90,2	3.502	94	26.397	84
Madrasta		5.546	81,4	5.622	79,5	6.488	82,1	5.364	90,6	3.499	94	26.519	84,4
Cônjuge		5.513	80,9	5.599	79,2	6.474	81,9	5.348	90,3	3.500	93,9	26.434	84,1
Ex-cônjuge		5.509	80,8	5.594	79,1	6.442	81,5	5.344	89,6	3.499	94	26.388	83,9
Namorado(a)		-	-	5	-	3	-	29	0,5%	14	0,4%	51	0,2%
Ex-namorado(a)		5.503	80,7	5.607	79	6.479	82	5.362	90,5	3.509	94,2	26.460	84,2
Filho(a)		5.506	80,8	5.592	79,1	6.441	81	5.346	90,3	3.494	93,7	26.379	83,9
Irmão(a)		5.516	81	5.596	79	6.443	81,5	5.342	90	3.493	93,7	26.390	83,9
Amigos/conhecidos		5.503	81	5.589	79	6.441	81,5	5.351	90,4	3.496	93,8	26.380	83,9
Cuidador(a)		5.507	81	5.594	79	6.448	82	5.351	90,4	3.499	93,9	26.399	84
Patrão /chefe		5.505	81	5.595	79	6.442	82	5.348	90	3.499	94	26.389	83,9
Relação institucional		5.502	81	5.591	79	6.448	82	5.351	90	3.498	94	26.390	84
Policial/agente da Lei		5.418	79	5.578	79	6.365	81	5.313	89,7	3.427	92	26.101	83
Outros		5.555	81,5	5.658	80	6.393	80,9	5.172	87,3	3.373	90,5	26.151	83,2
Sexo do provável autor(a)		3.647	54	3.904	55	4.719	60	3.725	63	2.304	62	18.299	58
Suspeita de uso de álcool pelo provável autor(a)		4.203	61,7	4.832	68	5.582	71	4.485	76	3.044	81,7	22.146	70

NI = Notificação individual; DR= dados de residência; DPA= dados da pessoa atendida; DO= dados da ocorrência; V= violência; DPAA= dados do provável autor.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

O programa utilizado para tabulação dos dados foi o Excel 2020, o qual foi usado para cálculo das variáveis estudadas em frequências absolutas (N) e relativas (%).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização desta pesquisa obedeceu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CNS, que aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

O estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco CEP/UFPE (número do **CAAE 58139422.9.0000.5208**) (ANEXO B), com anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) (ANEXO C).

5 RESULTADOS

Este capítulo será apresentado no formato de artigo científico. O mesmo trata-se de um estudo original, o qual foi submetido para publicação na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, normas para submissão disponibilizadas no final da dissertação (Anexo E).

5.1 Artigo – VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO – BRASIL: PERFIL DAS AGREDIDAS E CARACTERÍSTICAS DAS OCORRÊNCIAS NOTIFICADAS ENTRE 2015 A 2019

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres se constitui numa pandemia global que dificulta o desenvolvimento mundial inclusivo, equitativo e sustentável. Sua magnitude tem sido denunciada por mulheres, homens, pesquisadores, profissionais de saúde e de direitos humanos, entre outros, de todas as regiões e esferas da vida. A violência contra as mulheres provoca prejuízos tanto no campo individual como traz consequências no âmbito familiar e social.¹ No ano de 2019, 243 milhões de mulheres em idade fértil em todo o mundo sofreram violência sexual ou física por um parceiro íntimo, fato que configura uma das maiores violações mundiais dos direitos humanos. Contudo, muitos países não possuem legislação que garanta o direito das mulheres, tendo em vista que um em cada quatro países não dispõe de leis que protejam especificamente as mulheres da violência.²

Um estudo de base populacional com mulheres expostas a violência no Brasil, sugere que a maioria delas provavelmente experimentará um risco aumentado de mortalidade, independentemente de seu local de residência, faixa etária, origem racial/étnica, situação de estado civil e situação socioeconômica.³ Nesta direção, o observatório da mulher contra a violência e o Atlas da violência registraram no ano de 2019 que o Brasil atingiu 3.737 mortes de mulheres em decorrência da violência e 289.705 casos notificados de violência contra as mulheres realizadas por órgãos de saúde.^{4,5}

O enfrentamento da violência contra as mulheres além de ser necessário para a equidade de gênero e para a garantia dos direitos humanos é importante para a elevação dos níveis de saúde, no

mundo e no Brasil. O campo da saúde configura-se como uma área privilegiada para detecção deste agravado, pois é neste espaço que as mulheres que sofrem violência, muitas vezes procuram por atendimento e orientação.⁶

Os princípios organizativos do Sistema de Saúde brasileiro (SUS) procuram promover a cidadania, a saúde como direito de todos e de todas e a superação das injustiças sociais. Nesta perspectiva, o cuidado integral de saúde das mulheres devem incluir, também, estratégias de enfrentamento das causas externas, pertencentes ao grupo das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), que inclui as violências.⁷

No Brasil, a notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência contra as mulheres, possui fundamentação legal, para ser realizada de forma compulsória pela área da saúde, os dados dos sistemas de informações em saúde possibilitam diagnosticar o perfil das mulheres notificadas, mensurar a magnitude do fenômeno, dimensionar as consequências e apresentar suas características, para fazer vigilância, promover saúde e prevenir, podendo ainda contribuir para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais, em todos os níveis e setores de enfrentamento.⁸

Visando incrementar e destacar o rigor para este tipo o crime de violência contra as mulheres, foi sancionada no Brasil a Lei Maria da Penha, nº 11.340/06. Um dos incisos da referida legislação preconiza a promoção de estudos, pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com enfoque de gênero, de raça ou etnia, a fim de identificar as causas, as consequências e a frequência da violência doméstica e familiar contra a mulher. O objetivo destas ações é sistematizar dados, unificá-los nacionalmente e avaliá-los periodicamente, com a finalidade de subsidiar estratégias de enfrentamento do fenômeno.⁹ Nesta perspectiva, a presente pesquisa tem como objetivo descrever as características epidemiológicas das notificações de violências contra as mulheres em Pernambuco, 2015 a 2019.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, transversal, tipo ecológico, tendo como unidade de medida os anos de 2015 a 2019, descritivo e quantitativo. A população do estudo foi constituída pelas notificações de violência contra as mulheres na faixa etária de dez anos a mais, que configuraram casos suspeitos ou

confirmados de violência, residentes no Estado de Pernambuco, notificadas no sistema de informação de agravos de notificação (Sinan) módulo violência, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2019. A razão de escolha deste período, justifica-se por ser o tempo em que o banco de dados apresentou melhor preenchimento/completitude. Para efeitos deste estudo desconsideramos os casos de violência autoprovocada e trabalhamos apenas com as interpessoais.

A projeção da população residente no Estado de Pernambuco de acordo com estimativas do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰ para o ano de 2019 foi de 9.557.070 pessoas, sendo 4.199.274 do sexo feminino acima dos 10 anos de idade. O Estado de Pernambuco tem uma extensão territorial de 98.067,877 km², é composto por 184 municípios mais o Distrito de Fernando de Noronha. Administrativamente, do ponto de vista da saúde, o Estado divide-se em 12 regiões de saúde e em 4 macrorregiões de saúde, são elas, o Vale do São Francisco, Araripe, Sertão, Metropolitana e o Agreste.

Tornaram-se elegíveis para a pesquisa 13 variáveis da ficha de notificação individual para violência interpessoal (versão SVS de 15/06/2015) (QUADRO 1). A elegibilidade das variáveis aconteceu após análise de completitude. Entende-se por completitude dos registros o grau de preenchimento dos campos da ficha de notificação, sendo assim, as variáveis em ‘branco’ ou preenchidas com ‘ignorado’ foram consideradas como incompletas.¹¹

O Manual de operação do Sinan, versão 4.8,¹¹ bem como Abath,¹² definem como boa completitude a variável com preenchimento igual ou superior a 75,1%; regular de 50,1% a 75,0%; baixa de 25,1% a 50,0%; e completitude muito baixa, igual ou inferior a 25,0%, dessa forma, selecionamos as variáveis com preenchimento considerado bom.

As variáveis também se tornaram elegíveis para o estudo por atenderem a condição de obrigatória para a inclusão dos casos de violência no Sinan e por serem essenciais para análise epidemiológica local e operacional das violências, conforme preconiza o Ministério da saúde.¹³ Ainda elencamos algumas variáveis como importantes para a vigilância das violências por possibilitarem a construção de indicadores epidemiológicos relevantes para a construção do perfil da violência, embora as mesmas não integrem o rol de variáveis consideradas obrigatórias ou essenciais, conforme

preconizações de preenchimento do Sinan (variáveis importantes).

Quadro 1 - Variáveis elegíveis para o estudo.

Bloco da ficha de notificação	Nome da variável	Campos da variável	Critério de seleção	Compleitude 2015-2019
Dados Gerais	Data de ocorrência da violência	Único	Obrigatório	100%
Notificação individual	Idade	Único	Obrigatório	100%
	Gestante			78,8%
	Raça/cor		Importante	89,1%
Dados de residência	Zona de residência	Único	Importante	95%
	Município de residência		Obrigatório	100%
Dados da pessoa atendida	Situação conjugal/estado civil	Único	Essencial	78,8%
Dados da ocorrência	Local de ocorrência	Único		
	Zona de ocorrência		Importante	85,1%
Tipologia da violência	Tipo de violência	Múltiplo () ¹	Essencial	Boa
	Meio de agressão	Múltiplo () ²		Boa
Dados do provável autor da agressão	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	Único	Essencial	Boa
	Sexo do provável autor da agressão			83,2%

Fonte: Próprio autor.

1 Tipo de violência – Física; psicológica/moral; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; intervenção legal; outros.

2 Força corporal/espandimento; enforcamento; obj. contundente; obj. perfuro-cortante; substância/obj. quente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo; ameaça; outro.

O programa utilizado para tabulação dos dados foi o Excel 2020

A realização desta pesquisa obedeceu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CNS, que aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

O estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco CEP/UFPE (número do **CAAE 58139422.9.0000.5208**), com anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE).

RESULTADOS

No período de 2015 a 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Estado de Pernambuco um total de 31.439 casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal contra as mulheres, residentes nesta região, acima da faixa etária dos 10 anos de idade. Em total, foram identificados 6.816 casos em 2015 e 7.901 em 2017, reduzindo para 3.727 em 2019. A distribuição das notificações por municípios do Estado pode ser observada na (Tabela 1), nela é possível observar um arranjo bastante heterogêneo com as cidades localizadas nas quatro macrorregiões de saúde do Estado e com representações da região metropolitana, do agreste, sertão e zona da mata, tendo a capital Recife registrado (16%), seguida de Petrolina (12,4%), Jaboatão dos Guararapes (6,7%) e Garanhuns (5,4%).

Tabela 1 – Distribuição das notificações de violência contra as mulheres conforme municípios e o ano de ocorrência no Estado de Pernambuco, 2015 a 2019

Municípios	Ano de ocorrência											
	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cabo de Santo Agostinho	161	18,6	180	20,8	244	28,2	165	19,1	116	13,4	866	2,8
Camaragibe	132	21,1	216	34,4	136	21,7	104	16,6	39	6,2	627	2,0
Caruaru	274	24,8	164	14,9	233	21,1	238	21,6	195	17,7	1104	3,5
Garanhus	479	28,4	349	20,7	378	22,4	322	19,1	158	9,4	1686	5,4
Goiana	140	17,1	177	21,6	247	30,2	152	18,6	103	12,6	819	2,6
Ipojuca	127	14,5	255	29,1	246	28,1	141	16,1	107	12,2	876	2,8
Jaboatão dos Guararapes	287	13,6	533	25,3	626	29,7	355	16,8	306	14,5	2107	6,7
Limoeiro	135	21,5	205	32,6	194	30,8	71	11,3	24	3,8	629	2
Olinda	209	17,1	341	27,9	288	23,6	275	22,5	108	8,8	1221	3,9
Ouricuri	150	22,3	179	26,6	214	31,8	78	11,6	53	7,9	674	2,1
Paulista	157	22,6	134	19,3	144	20,7	134	19,3	127	18,2	696	2,2
Petrolina	905	23,2	928	23,8	881	22,6	625	16	567	14,5	3906	12,4
Recife	1306	25,9	1247	24,8	1202	23,9	838	16,6	444	8,8	5037	16
São Lourenço da Mata	178	23,2	219	28,6	145	18,9	135	17,6	90	11,7	767	2,4
Serra Talhada	217	28,7	173	22,9	150	19,8	125	16,5	92	12,2	757	2,4
Vitória de Santo Antão	121	15	176	21,8	235	29,2	173	21,5	101	12,5	806	2,6
Outros	1.838	20,7	1.597	18	2.338	26,4	1.991	22,5	1.097	12,4	8.861	28,2
Total Geral	6.816	21,7	7.073	22,5	7.901	25,1	5.922	18,8	3.727	11,9	31.439	100

Fonte: Próprio autor.

Seleção de municípios que tiveram resultado igual ou superior a 2% no período estudado.

Dado o grande quantitativo de municípios, para efeitos de apresentação, a linha outros corresponde a soma dos resultados alcançados pelos demais municípios do Estado de Pernambuco, Brasil, tiveram resultado igual ou inferior a 1% no período selecionado.

Quanto a idade predominou 10 a 19 e 20 a 29 anos, (26,7%) e (26,5%) respectivamente. Referente a situação conjugal prevaleceu a categoria solteira 14.405 ou seja (45,8%), seguida da casada ou em união consensual 7.566 equivalente a (24,1%). A maioria das mulheres que sofreram violência se denominaram de raça/cor parda 20.384 isto é (64,8%). A gestação foi confirmada em 2.370 mulheres (7,5%) e a zona de residência com maior predomínio foi a urbana 26.005 isto significa (82,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das notificações de violência contra as mulheres segundo faixa etária, situação conjugal, raça/cor, gestação e zona de residência por ano de ocorrência no Estado de Pernambuco, 2015 a 2019

Variáveis/campos da informação	Ano de notificação											
	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	(N= 6.816)		(N= 7.073)		(N= 7.901)		(N= 5.922)		(N= 3.727)		(N= 31.439)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa etária												
10 a 19	1.672	19,9%	1.799	21,5%	2.202	26,3%	1.632	19,5%	1.079	12,9%	8.384	26,7%
20 a 29	1.940	23,2%	1.854	22,2%	2.038	24,4%	1.522	18,2%	992	11,90%	8.346	26,5%
30 a 39	1.586	23,6%	1.551	23,1%	1.605	23,9%	1.230	18,3%	738	11%	6.710	21,3%
40 a 49	859	23,2%	856	23,1%	894	24,2%	669	18,1%	423	11,4%	3.701	11,8%
50 a 59	328	20,6%	384	24,2%	417	26,2%	296	18,6%	164	10,3%	1.589	5,1%
60 a 69	193	20,3%	218	22,9%	234	24,6%	195	20,5%	112	11,8%	952	3%
70 a 79	133	14,8%	195	21,8%	250	27,9%	195	21,8%	123	13,7%	896	2,8%
Mais de 80 anos	105	12,2%	216	25,1%	261	30,3%	183	21,3%	96	11,1%	861	2,7%
Situação conjugal												
Casada/união consensual	1.631	21,6%	1.703	22,5%	1.900	25,1%	1.439	19%	893	11,8%	7.566	24,1%
Separada	391	27,8	300	21,3%	333	23,7%	215	15,3%	167	11,9%	1406	4,5%
Solteira	3.155	21,9%	3.043	21,1%	3.583	24,9%	2.845	19,8%	1.779	12,3%	14.405	45,8%
Viúva	170	21,4%	168	21,1%	231	29%	156	19,6%	71	8,9%	796	2,5%
Ignorado/não se aplica/branco	1.469	20,2%	1.859	25,6%	1.854	25,5%	1.267	17,4%	817	11,2%	7.266	23,1%
Raça/cor da pele												
Amarela	37	9,9%	60	16,1%	128	34,3%	84	22,5%	64	17,2%	373	1,2%
Branca	965	20,7%	980	21%	1.208	25,9%	905	19,4%	602	12,9%	4.660	14,8%
Indígena	26	20,0%	24	18,5%	35	26,9%	28	21,5%	18	13,8%	131	0,4%
Parda	3469	17%	4.484	22%	5.384	26,4%	4.355	21,4%	2.692	13,2%	20.384	64,8%
Preta	520	21,1%	568	23,1%	630	25,6%	433	17,6%	313	12,7%	2.464	7,8%
Ignorado/branco	1799	52,5%	957	27,9%	516	15%	117	3,4%	38	1,1%	3.427	10,9%
Gestante												
Sim	397	16,8%	514	21,7%	698	29,5%	480	20,3%	281	11,9%	2.370	7,5%
Não	4.021	22,6	3.851	21,7%	4.186	23,5%	3.444	19,4%	2.274	12,8%	17.776	56,5%
Não se aplica	844	18,2%	1.066	23%	1.260	27,2%	933	20,1%	530	11,4%	4.633	14,7%
Ignorado	1.554	23,3%	1.642	24,7%	1.757	26,4%	1.065	16%	642	9,6%	6.660	21,2%
Zona residência												
Periurbana	69	37,1%	40	21,5%	22,0	11,8%	18	9,7%	37	19,9%	186	0,6%
Rural	733	20%	709	19,3%	996	27,2%	743	20,3%	487	13,3%	3.668	11,7%
Urbana	5.578	21,5%	5.762	22,2%	6.534	25,1%	4.998	19,2%	3.133	12%	26.005	82,7%
Ignorado/branco	436	27,6%	562	35,6%	349	22,1%	163	10,3%	70	4,4%	1.580	5%

Fonte: O próprio autor.

Em relação ao local de ocorrência da agressão, a residência foi o mais notificado em todos os anos analisados neste estudo, com um total de 19.013 casos, ou seja, (60,5%) das ocorrências, seguida da via pública 4.014, isto é, (12,8%) dos registros, sendo a zona de ocorrência urbana a de maior preponderância 23.096, equivalente a, (73,5%). O tipo de violência mais frequente foi a física com 19.049 registros, correspondente a (60,6%), em seguida a

psicológica 9.609, semelhante a, (30,6%) e a sexual 4.983, igual a, (15,8%) sendo a força corporal/espancamento o meio mais utilizado pelo provável autor da agressão para cometer a violência, verificado em 13.663, ou seja, (43,5%) (Tabela 3).

A soma total dos tipos de violências apresentadas na presente pesquisa (42.125), bem como o número maior dos meios de agressões (35.528) em relação ao número absoluto de notificações (31.439), ocorreram devido ao fenômeno da sobreposição, ou seja, uma mulher foi agredida com mais de um tipo de violência e por mais de um meio de agressão simultaneamente.

Tabela 3 – Distribuição das notificações de violência contra mulheres adolescentes e adultas segundo local e zona de ocorrência, natureza da violência e meio usado na agressão por ano de ocorrência no Estado de Pernambuco, 2015 a 2019

Variáveis/campos da informação	Ano de notificação											
	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	(N= 6.816)		(N= 7.073)		(N= 7.901)		(N= 5.922)		(N= 3.727)		(N= 31.439)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local de ocorrência												
Bar/similar, comércio/serviços	140	21%	138	20,7%	170	25,5%	138	20,7%	80	12%	666	2,1%
Escola	56	23,5%	36	15,1%	51	21,4%	55	23,1%	40	16,8%	238	0,8%
Habitação coletiva	37	27,4%	37	27,4%	29	21,5%	18	13,3%	14	10,4%	135	0,4%
Indústrias/construção	13	48,1%	5	18,5%	6	22,2%	2	7,4%	3	11,1%	29	0,1%
Local de prática esportiva	9	22,5%	12	30%	9	22,5%	9	22,5%	1	2,5%	40	0,1%
Via pública	979	24,4%	853	21,3%	1.119	27,9%	753	18,8%	310	7,7%	4.014	12,8%
Residência	3.989	21%	4.068	21,4%	4.623	24,3%	3.770	19,8%	2.563	13,5%	19.013	60,5%
Outros	332	20,9%	416	26,1%	431	27,1%	260	16,3%	153	9,6%	1.592	5,1%
Ignorado/vazio	1.261	22,1%	1.508	26,4%	1.463	25,6%	917	16,1%	563	9,9%	5.712	18,2%
Zona de ocorrência												
Periurbana	74	37,8%	44	22,4%	35	17,9%	19	9,7%	24	12,2%	196	0,6%
Rural	655	19%	681	19,7%	960	27,8%	707	20,5%	450	13%	3.456	11%
Urbana	4872	21,1%	5.059	21,9%	5.722	24,8%	4.617	20%	2.826	12,2%	23.096	73,5%
Ignorado/branco	1.215	25,8%	1.289	27,5%	1.184	25,2%	579	12,3%	427	9,1%	4.691	14,9%
Natureza da violência												
Violência física	4.447	23,3%	4.381	23%	4.717	24,8%	3.514	18,4%	1.990	10,4%	19.049	60,6%
Violência psicológica	2.478	25,8%	2.346	24,4%	2.137	22,2%	1.612	16,8%	1.036	10,8%	9.609	30,6%
Violência tortura	161	18,1%	216	24,4%	230	25,8%	159	17,8%	125	14%	891	2,8%
Violência sexual	1.106	22,2%	1.182	23,7%	1.293	25,9%	913	18,3%	489	9,8%	4.983	15,8%
Tráfico de seres humanos	5	20%	6	24%	8	32%	4	16%	2	8%	25	0,1%
Violência financeira/econômica	260	21,5%	359	29,7%	271	22,5%	198	16,4%	119	9,9%	1.207	3,8%
Negligência/abandono	335	12,6%	705	26,6%	760	28,7%	526	19,9%	323	12,2%	2.649	8,4%
Violência intervenção legal	11	22,4%	6	12,2%	13	26,5%	7	14,3%	12	24,5%	49	0,2%
Outras	431	11,8%	502	13,7%	810	22,1%	988	27%	932	25,4%	3.663	11,7%
Meio usado na agressão												
Força corporal/espancamento	3.185	23,3%	3.104	22,7%	3.469	25,4%	2.525	18,5%	1.379	10,1%	13.662	43,5%
Enforcamento	251	20,9%	265	22,1%	310	25,8%	224	18,7%	151	12,6%	1.201	3,8%
Obj. contundente	330	23,9%	308	22,4%	360	26,1%	269	19,5%	111	8,1%	1.378	4,4%
Obj. perfuro-cortante	638	21,3%	590	19,7%	756	25,2%	639	21,3%	379	12,6%	3.002	9,5%
Substância/obj. quente	61	26,2%	41	17,6%	59	25,3%	45	19,3%	27	11,6%	233	0,7%
Envenenamento, intoxicação	412	12%	572	16,7%	709	20,7%	857	25,1%	870	25,4%	3.420	10,9%
Arma de fogo	357	26,5%	338	25,1%	372	27,7%	200	14,9%	78	5,8%	1.345	4,3%
Ameaça	1.725	26%	1.645	24,8%	1.514	22,8%	1.101	16,6%	660	9,9%	6.645	21,1%
Outros	881	19%	853	18,4%	1.214	26,2%	1.026	22,1%	668	14,4%	4.642	14,8%

Fonte: O próprio autor.

Alguns casos notificados sofreram mais de um tipo de violência e tiveram mais de um meio de agressão usado no mesmo episódio.

Concernente ao grau de parentesco ou a ligação entre as mulheres e o provável autor da violência, os agressores identificados como maior número de registros eram parceiros íntimos, ou seja, a soma das categorias: cônjuge, ex-cônjuge e namorado; a qual alcançou o total de

9.964 notificações, isto é, (31,7%). Contudo, observou-se nesta pesquisa uma relação heterogênea entre o provável agressor e as mulheres agredidas, indo desde patrão/chefe, passado por amigos/conhecidos até irmãos e pais, sendo que os principais perpetradores das agressões pertenciam ao sexo masculino 17.879 (56,9%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das notificações de violência contra as mulheres segundo vínculo com o provável autor da violência e sexo do agressor por ano de ocorrência no Estado de Pernambuco, 2015 a 2019

Variáveis/campos da informação	Ano de notificação											
	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	(N= 6.816)		(N= 7.073)		(N= 7.901)		(N= 5.922)		(N= 3.727)		(N= 31.439)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vínculo com o provável autor da agressão												
Pai	122	18,8%	129	19,9%	206	31,7%	128	19,7%	64	9,9%	649	2,1%
Mãe	112	18,4%	162	26,6%	162	26,6%	110	18%	64	10,5%	610	1,9%
Padrastro	74	23,2%	72	22,6%	80	25,1%	60	18,8%	33	10,3%	319	1%
Madrastra	5	22,7%	8	36,4%	7	31,8%	2	9,1%	-	-	22	0,1%
Cônjuge	1.389	24,9%	1.258	22,6%	1.275	22,9%	1.029	18,5%	625	11,2%	5.576	17,7%
Ex-cônjuge	888	27,2%	790	24,2%	809	24,8%	530	16,2%	248	7,6%	3.265	10,4%
Namorado(a)	246	21,9%	275	24,5%	296	26,4%	185	16,5%	121	10,8%	1.123	3,6%
Filho(a)	225	12,4%	404	22,3%	519	28,6%	406	22,4%	261	14,4%	1.815	5,8%
Irmão(a)	211	28,1%	165	22%	180	24%	126	16,8%	69	9,2%	751	2,4%
Amigos/conhecidos	622	25,1%	504	20,4%	639	25,8%	472	19,1%	237	9,6%	2.474	7,9%
Cuidador(a)	13	18,1%	19	26,4%	27	37,5%	11	15,3%	2	2,8%	72	0,2%
Patrão /chefe	8	21,1%	8	21,1%	10	26,3%	7	18,4%	5	13,2%	38	0,1%
Relação institucional	21	19,3%	23	21,1%	28	25,7%	27	24,8%	10	9,2%	109	0,3%
Polícia/agente da Lei	10	16,7%	15	25%	13	21,7%	14	23,3%	8	13,3%	60	0,2%
Outros	358	22,8%	367	23,4%	390	24,9%	287	18,3%	165	10,5%	1.567	5%
Sexo do provável autor(a)												
Ambos os sexos	115	8,3%	264	19%	414	29,8%	350	25,2%	248	17,80%	1.391	4,4%
Feminino	1.069	15,5%	1.262	18,3%	1.649	24%	1.560	22,7%	1.341	19,5%	6.881	21,9%
Masculino	4.371	24,5%	4.132	23,1%	4.330	24,2%	3.262	18,2%	1.784	10%	17.879	56,9%
Ignorado/vazio	1.261	23,8%	1.415	26,8%	1.508	28,5%	750	14,2%	354	6,7%	5.288	16,8%

Fonte: O próprio autor.

DISCUSSÃO

De modo geral, os resultados do presente estudo evidenciaram que nos casos suspeitos e confirmados de violência praticada contra as mulheres no Estado de Pernambuco, Brasil, 2015 a 2019, registrados no Sistema de informação de agravo de notificação (Sinan), predominam os tipos de violência física, psicológica e sexual em ambiente doméstico e provocadas

majoritariamente por parceiros íntimos, perpetradas por meio da força corporal/espandamento. A maioria das mulheres agredidas encontravam-se na faixa etária dos 10 aos 29 anos de idade, eram solteiras e se autodeclaram de raça/cor parda.

As notificações nos três primeiros anos do estudo, pode estar apontando para o incremento da adesão dos serviços à notificação dos casos de violência, e para as políticas públicas descentralizadas, sobretudo, as instituídas na década dos anos 2000, entretanto, é importante registrar que a adesão ao sistema ainda parece está aquém do desejado, sobretudo, quando observamos os registros dos últimos dois anos da pesquisa. É relevante a constatação de que houve, no Brasil, especialmente nos primeiros anos do século XXI um crescimento da capacidade diagnóstica dos casos por parte dos profissionais da saúde, possivelmente em razão da formação continuada e do maior acesso aos serviços, nos quais as mulheres puderam ser atendidas e as agressões, notificadas.¹⁴

Embora se constate no Brasil um aumento da capacidade diagnóstica dos casos de violência contra as mulheres pelos profissionais de saúde, ainda há uma subnotificação dos casos que pode ser esclarecida pela denominada “invisibilidade da violência” que impede seu reconhecimento diante do processo de trabalho que compõe a vigilância deste agravo. Dentre os motivos que tornam ocultos os casos de violência contra as mulheres, pode estar presente o medo dos profissionais de sofrerem retaliações, dificuldade ou constrangimento de preencher a ficha de notificação, sobrecarga no cotidiano dos serviços, dificuldade em lidar com os casos e a impotência diante da situação de violência.^{8,15} Vale lembrar que a maioria dos profissionais da saúde costumam ser mulheres, as quais podem ser também expostas a situações de violência e consequentemente mais vulneráveis e afetadas em suas condutas profissionais.

Em alguns campos da nossa investigação foi encontrada uma precariedade na qualidade dos dados, que podem estar associadas a limitações profissionais para o atendimento de mulheres

em situação de violência, uma pesquisa feita no Rio Grande do Sul no ano de 2014 evidenciou a dificuldade de 101 profissionais no preenchimento da ficha de notificação individual e ressaltou a importância de familiaridade com este instrumento por parte dos trabalhadores da saúde. Corroborando com estas constatações um estudo realizado em São Paulo entre os anos de 2010 e 2011, certifica que mesmo quando as notificações são feitas, os dados podem ter sua utilização epidemiológica restringida, em razão da incompletude do preenchimento da ficha, foi o que parece ter acontecido em Recife, entre os anos de 2009 e 2012, onde se teve uma diminuição da completude.^{12, 16,17}

A diversidade geográfica, econômica, política, social e cultural, bem como as configurações e as regulações de acesso as redes intersetoriais e de assistência à saúde dos municípios pernambucanos, pode produzir e manter diferenças marcantes nos indicadores de saúde, pode, inclusive, estar diretamente atrelada a distribuição dos casos notificados de violência contra as mulheres em seus territórios, fato que converge com a conclusão de estudos que constataram que municípios pequenos e médios enfrentam desafios para a constituição e manutenção de estratégias de enfrentamento ao fenômeno da violência contra as mulheres.¹⁸

De acordo com o presente estudo, em relação a faixa etária a maioria se enquadrou no grupo dos 10 aos 29 anos de idade, por outro lado a menor quantidade de registros ocorreram para as mulheres idosas, ou seja, acima dos 60 anos de idade, as quais corresponderam a 9% dos casos. Os dados assemelharam-se ao apresentado em pesquisa realizada entre 2007 e 2015, no Estado de Rondônia, Brasil, onde as mulheres em situação de violência majoritariamente eram jovens e adultas (57,72%), seguidas das adolescentes (17,75%) e por fim, as maiores de 60 anos, com menos registros (2,65%).¹⁹

Quanto a situação conjugal a investigação identificou uma frequência maior de mulheres solteiras (45,8%), esta mesma tendência foi encontrada no Distrito Federal entre 2009

e 2012, onde quase um terço dos casos correspondiam a mesma condição conjugal, no entanto, o estudo difere da pesquisa realizada em 2011 e 2012 em Minas Gerais, apontou predomínio de mulheres casadas.^{20,21}

Embora a maioria dos casos tenham acusado a situação conjugal solteira, houve uma preponderância de agressões provocadas por parceiros íntimos, cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a), sendo o provável autor do sexo masculino, a violência provocada por parceiros íntimos tem se constituído um problema social e de saúde pública global, sendo o tipo mais provável de violência contra as mulheres. A residência em zona urbana foi o local de ocorrência com maior frequência. Estes dados convergem com os identificados no levantamento nacional de 2011 a 2017, onde (62,4%) dos casos de violência contra as mulheres correspondiam a violência provocada por parceiros íntimos e o domicílio com (71,3%) foi o local mais frequente, quando deveria ser um lugar de maior segurança, proteção e refúgio contra a violência em geral.²²

A violência doméstica costuma evoluir progressivamente de agressões verbais, humilhações e constrangimentos, sendo capaz de progredir para agressões físicas e alguns casos culminam no feminicídio, que são os homicídios provocados em ambientes domésticos contra as mulheres em razão de serem mulheres.²³

Neste sentido, a violências física, psicológica e sexual foram os tipos mais encontrados neste estudo e a força corporal/espancamento o meio mais utilizado pelos perpetradores para praticaram as violências, estes resultados convergem com os achados tanto em Minas Gerais (2011 e 2012) quanto no Distrito Federal, (2009 a 2012).^{21,24}

No que diz respeito ao contexto domiciliar o meio de agressão força corporal/espancamento provavelmente teve maior magnitude devido ao hábito do autor da violência recorrer ao objeto que está mais próximo para agredir a companheira, contudo, esta constatação alerta para o aumento do risco de femicídios, dado que o acesso a meios mais letais

tem sido facilitados legalmente com as mudanças recentes na legislação federal do controle de armas. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública e o Atlas da violência, destacam que desde janeiro de 2019 mais de 30 decretos e atos normativos presidenciais foram publicados no sentido de: flexibilizar as regras para posse de armas de fogo, ampliar o limite de compras para cidadãos e categorias profissionais, aumentar a quantidade de recargas de cartuchos de calibre restrito e possibilitar a produção de munição caseira, resultando na ampliação drástica do número de civis armados.^{23, 25,5} Em contrapartida, o campo da saúde, atuando na perspectiva da atenção integral, se manifesta há muitos anos de forma contrária, defendendo que:

Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo [...] mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamentos e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.²⁶

Além desses marcadores, a raça/cor da pele também é outro ponto de reflexão, a categoria parda foi a que teve maior predomínio, correspondendo a (64,8%) dos casos, segundo Carneiro, 2017, p. 19, a interseção desta variável com a categoria sexo, justificam discriminações e subalternidades que servem para esclarecer desigualdades históricas, inclusive, ajuda destacar que mulheres negras em todas as esferas sociais estão em maior situação de vulnerabilidade e insegurança, até mesmo, encontram-se mais suscetíveis a sofrer violências, contrapondo com as mulheres brancas. Sendo assim, o enfrentamento deste fenômeno e a constituição de políticas públicas para este público não podem se abster de uma análise do ponto de vista do racismo e da discriminação que afetam as mulheres de modos distintos.⁵

Os desdobramentos da violência contra as mulheres, de modo específico, da violência provocada por parceiro íntimo (VPI), frequentemente pode provocar impactos negativos no

bem-estar emocional e social de toda a família, sendo muitos de seus membros afetados desde a vida intrauterina.²² Embora em nosso estudo as notificações de casos confirmados de gestações positivas ter tido a menor frequência (7,5%), observamos também um número mais elevado de campos ignorados (21,2%), indicando assim, uma possível subnotificação deste quesito da ficha de notificação.

Contudo, um estudo transversal realizado no Recife – PE, nos anos de 2013 e 2014, investigou 631 pares de mães/crianças e em seus resultados apresentaram que (24,4%) das mulheres sofreram violência provocada por parceiro íntimo, a investigação demonstrou ainda que 93,8% desses tiveram prevalência de práticas educativas maternas permeadas de violências, sugerindo que a violência sofrida pela mulher interfere na forma delas criarem e educarem seus filhos.²⁷

Considerações finais

A partir das descrições e análises construídas, observamos inicialmente, comportamentos distintos nas notificações em cada município de Pernambuco, os quais sugerem desigualdades e múltiplas realidades regionais, as quais suscitam a necessidade de planejar e construir políticas públicas e estratégias específicas, para ampliar a cobertura dos registros nos distintos territórios estaduais, tendo em vista suas singularidades e especificidades.

Apesar da impossibilidade de se avaliar com qualidade a escolaridade a condição da identidade de gênero e a orientação sexual, bem como não poder acusar se o fenômeno se repete com a mesma mulher, devido à incompletude desses registros no banco de dados, é possível considerar que os níveis baixos de escolaridade pode ser um ponto comum as mulheres que sofrem violência.

Outro aspecto a ser ressaltado é que, desde 2014, a ficha de notificação de violência interpessoal e/ou autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

permite realizar o registro dos campos identidade de gênero (travesti, mulher transexual, homem transexual, não se aplica e ignorado) e orientação sexual (heterossexual, homossexual – gays e lésbicas, bissexual, não se aplica e ignorado), contando, inclusive, com instrutivos que norteiam e normatizam esta ação, ao passo que nas demais fichas de investigação e notificação de agravos do SINAN esses campos ainda não são encontrados.

Contudo, diante da persistência da subnotificação destes dados, é possível sugerir o monitoramento desses preenchimentos, da mesma forma que é importante indicar a necessidade de formação e treinamento de profissionais da saúde e da população a respeito da relevância de realizar a autoidentificação desses campos, ampliando a sua completitude e qualidade, além de incentivar o investimento e fortalecimento de produções científicas na área da saúde que em perspectiva interseccional integre os dados sobre a raça/cor, a identidade de gênero e a orientação sexual.

Quanto ao campo repetição do fenômeno, vale considerar que o mesmo pode servir indiretamente como indicativo da efetividade de políticas públicas, voltadas para garantia dos direitos das mulheres no Estado de Pernambuco e para proposição de novas estratégias públicas de prevenção de casos novos e recorrentes.

REFERÊNCIAS

1. Nações Unidas Brasil [homepage na internet]. Declaração sobre o Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres [acesso em 21 jan 2023]. Disponível em: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2018-11-19/international-day-for-elimination-of-violence-against-women-remarks>

2 ONU MULHERES. Diretora Executiva. **Violência contra as mulheres e meninas é pandemia invisível**, 2020. Disponível em:

<<https://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contra-as-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/>>. Acesso em: 24 Mar 2022.

3 G.A. Sandoval, F. Marinho, R. Delaney, I.V. Pinto, C.M.D. Lima, R.M. Costa, R. Bello-Corassa, V.O.M. Pereira, A. Stevens, Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis, **Public Health**, vol, 179, p. 45-50, 2020, ISSN 0033-3506. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350619303117>>. Acesso: 16 Mar. 2022.

4 SENADO FEDERAL. **Observatório da mulher contra a violência sexual**. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv>>. Acesso: 30 Mar. de 2022.

5 CERQUEIRA, Daniel. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>>. Acesso em: 26 Set. 2022.

6 CHISHOLM, Chisholm A., BULLOCK Linda., FERGUSON James E. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. **American Journal Obstetrics Gynecology**, v. 217, n. 2, p. 141-144, 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>>. Acesso em 04 Dez. 2020.

7 VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**. Brasília, vol. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>>. Acesso em: 8 Out. 2020.

8 BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, Set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2022.

9 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, DF, 08 Ago. 2006. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em 20 de Nov. 2020.

10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panoramaem>>. Acesso em: 20 Mar 2023.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância e Respostas às Emergências em Saúde Pública. Unidade Técnica de Gestão do Sinan. **Sinan relatórios manual de operação**. 1ª Ed. versão 4.8. 2015. [Internet]. Disponível em:<https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/relatorios/Manual%20de%20Operacao%20SINAN%20Relatorios%20-%20versao_4.8.pdf>. Acesso em 10 Nov. 2022.

12 ABATH, Marcella de Brito *et al.* Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. 2014, v. 23, n. 1, p. 131-142. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>>. Acesso em: 15 Nov. 2022.

13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Roteiro para uso do Sinan NET: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. 2019 [Internet]. Disponível em:<http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf>. Acesso em 10 Nov. 2022.

14 MINAYO, M. C. S., Souza, E. R. de, Silva, Marta Maria Alves, Assis, S.G.. Institucionalização do tema da violência no SUS: Avanços e desafios.. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2018/Mar). [Citado em 23/11/2022]. **Está disponível em:** <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/institucionalizacao-do-tema-da-violencia-no-sus-avancos-e-desafios/16686>

15 KIND, Luciana., ORSINI, Maria de Lurdes Pereira., NEPOMUCENO, Valdênia., GONÇALVEZ, Letícia., SOUZA, Gislaíne Alves., FERREIRA, Monique Félix Ferreira. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, Vol. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013.

Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n9/1805-1815/pt/>>. Acesso em: 13 Out. 2020.

16 ACOSTA, Daniele Ferreira *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2017, v. 26, n. 3, e6770015. Epub 17 Ago. 2017. ISSN 1980-265X. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>. Acesso em: 25 Nov. 2022.

17 Fontanella BJB, Leite AC. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2019;14(41):2059. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2059](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059).

18 MELO, Cristiane Magalhães de *et al.* Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n. 10, pp. 3457-3465. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.19652017>>. Acesso: 26 Nov. 2022.

19 OLIVEIRA, Caio Alves Barbosa de *et al.* Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia - Brasil. **Rev Cuid [online]**. 2019, vol.10, n.1. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.573>. Acesso: 23 Nov 2022.

20 SILVA, Lúcia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, jun. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200331&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 24 Nov. 2022.

21 ANDRADE, Júlia de Oliveira *et al.* Indicadores de violência contra a mulher a partir da notificação dos serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2016, v. 25, n. 03. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002880015>. Acesso em: 24 Nov. 2022.

22 MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. 2020, v. 23, n. 01. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>>. Acesso: 26 Nov. 2022.

23 FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5> Acesso em: 26 Nov. 2022.

24 SILVA, Lúcia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, jun. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200331&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 24 Nov. 2022.

25 GOMES, A. P. P. F. Como morre uma mulher? Configurações da violência letal contra mulheres em Pernambuco. **Tese (Doutorado em Sociologia)** – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

26 Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso: 25 Nov. 2022.

27 Silva JMM da, Lima M de C, Ludermit AB. Intimate partner violence and maternal educational practice. **Rev Saúde Pública**, 2017; 51: 34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006848>. Acesso: 23 Nov. 2022.

6 CONCLUSÃO

As mulheres na faixa etária acima dos dez anos de idade que residem no Estado de Pernambuco-Brasil, entre 2015 a 2019 que foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), como casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal, totalizaram 31.439 casos. São predominantemente solteiras, na faixa etária dos 10 a 29 anos de idade, pardas, residentes em perímetro urbano. A descrição das variáveis/campos da ficha: escolaridade, identidade de gênero e orientação sexual não foi realizada em virtude da variação da completitude das mesmas estarem entre baixa e regular.

Nas características das formas de violência, sobressaíram as de natureza física, psicológica e sexual, respectivamente, sendo a residência em zona urbana o local de maior ocorrência e o meio mais usado a força corporal/espancamento. Seguindo o mesmo critério de completitude, não foram estudadas as variáveis que apontam a motivação da violência e se a mesma ocorreu outras vezes.

Referente ao perfil do provável agressor, os parceiros íntimos do sexo masculino foram registrados com maior frequência. Devido ao preenchimento baixo ou regular da suspeita do uso de álcool e do ciclo de vida do provável autor da violência, estas variáveis não completaram a caracterização.

REFERÊNCIAS

ABATH, Marcella de Brito *et al.* Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 131-142. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>>. Acesso em: 15 Nov. 2022.

ALVES-MAZZOTI, Alda Judith. Revisão da Bibliografia. In: ALVES-MAZZOTI, Alda Judith., GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 179-188. Disponível em: <https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/177328/mod_resource/content/1/10.%20Revis%c3%a3o%20da%20Bibliografia.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, Set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 Nov. 2020.

BELENTANI, Lorena., SARTORELLI, Ana Carolina Miranda., MESCHIAL, William Campo., LIMA, Muriel Fernanda, OLIVEIRA, Magda Lucia Félix de. Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino. **Rev Enferm UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 1, p. 10-19, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3944>>. Acesso em: 13 Out. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 Jun. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5099.htm>. Acesso em: 15 Nov. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998**. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Diário Oficial da União, 16 Dez. 1998. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm>. Acesso: 20 Nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 Nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm>. Acesso em 20 de Nov. 2020.

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, DF, 08 Ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em 20 de Nov. 2020.

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. 2019. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm>. Acesso: 03 de Dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso: 13 Abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso: 19 Nov. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.356, de 23 junho de 2006.** Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, 26 Jun. 2006. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf>. Acesso: 03 Dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.384, de 12 de junho de 2007.** Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, 13 Jun. 2007. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1384_12_06_2007.html>. Acesso: 03 Dez. 2020.

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, 25 Jan. 2011. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em 04 Nov. 2020.

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. Diário Oficial da União, 09 Jun. 2014. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso: 03 Dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_auto_provocada_2ed.pdf>. Acesso: 13 Jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal Sinan**. Brasília, DF, 2016, atualização 27 Abr. 2020. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em: 27 Set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Roteiro para uso do Sinan NET: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. 2019 [Internet]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf>. Acesso em 10 Nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância e Respostas às Emergências em Saúde Pública. Unidade Técnica de Gestão do Sinan. **Sinan relatórios manual de operação**. 1ª Ed. versão 4.8. 2015. [Internet]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/relatorios/Manual%20de%20Operacao%20SINAN%20Relatorios%20-%20versao_4.8.pdf>. Acesso em 10 Nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Sobre Mortalidade - SIM**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 27 Set. 2020.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: Avaliação e manejo**. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CAMPOS, Maximiano Accioly. **Na estrada**. 1.Ed. São Paulo: Iluminuras, 2004.

CARNEVALLE, Claudia Vieira., SCHIMIDT, Teresa Cristina Gioia., MORAES, Marco Antonio de., SHIRASSU, Mirian Matsura., VALENCICH, Dalva Maria de Oliveira. Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, vol. 16, n. 181, p. 3-17, 2019. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023187/151813-17.pdf>> Acesso em: 13 Set. 2020.

CISNE, Mirla. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, Londrina, vol. 18, n. 1, p. 138, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23588>>. Acesso em: 04 Mar. 2020.

CHISHOLM, Chisholm A., BULLOCK Linda., FERGUSON James E. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. **American Journal Obstetrics Gynecology**, v. 217, n. 2, p. 141-144, 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>>. Acesso em 04 Dez. 2020.

CERQUEIRA, Daniel. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>>. Acesso em: 26 Set. 2022.

CORDEIRO, Kátia Cordélia CUNHA., SANTOS, Raiane Moreira., GOMES, Nardilene Pereira., MELO Daniela Santos., MOTA Rosana Santos., COUTO, Telmara Menezes. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana De Enfermagem**, Salvador, vol. 29, n. 3, p. 209-217, jul./set. 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13029> Acesso em: 20 Dez. 2022.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 07 Set. de 2020.

DELZIOVO, Carmem Regina., BOLSONI, Carolina Carvalho., LINDNER, Sheila Rubia., COELHO, Elza Berger Salema. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no sistema de informações de agravos de notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiologia e serviços de saúde [online]**, Florianópolis, vol. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100003>> Acesso em 26 Set. 2022

FARAJ, Suane Pastoriza., SIQUEIRA, Aline Cardoso., ARPINI, Dorian Mônica. Notification of violence: procedures and perceptions of law professionals and child protection agents. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, vol. 36, n. 4, p. 907-920, out./dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000622014>>. Acesso em: 20 Nov. 2020.

GARCIA, Leila Posenato. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 25, n. 3, p. 451-454, set. 2016. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300451&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 Nov. 2020.

G.A. Sandoval, F. Marinho, R. Delaney, I.V. Pinto, C.M.D. Lima, R.M. Costa, R. Bello-Corassa, V.O.M. Pereira, A. Stevens, Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis, **Public Health**, vol, 179, p. 45-50, 2020, ISSN 0033-3506. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350619303117>>. Acesso: 16 Mar. 2022.

GOMES, Iracema Costa Ribeiro., RODRIGUES, Vanda Palmarella., NERY, Ivône Gonçalves., VILELA, Alba Benemerita Alves., OLIVEIRA, Jeane Freitas de., DINIZ, Normélia Maria Freire. Enfrentamento de mulheres em situação de violência doméstica após agressão. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, vol.28, n. 2, p. 134-144, mai./ago. 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8969>>. Acesso em: 07 Nov. 2020.

GUIMARÃES, Maisa Campos., PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, vol. 27, n. 2, p. 256-266, mai./ago. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>>. Acesso: 08 Out. 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panoramaem>>. Acesso em: 10 Nov 2022.

KIND, Luciana., ORSINI, Maria de Lurdes Pereira., NEPOMUCENO, Valdênia., GONÇALVES, Letícia., SOUZA, Gislaine Alves., FERREIRA, Monique Félix Ferreira. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, Vol. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n9/1805-1815/pt/>>. Acesso em: 13 Out. 2020.

KRUG, E. G. (Ed.) et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

MEDRONHO, R. DE A. Estudos Ecológicos. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; WERNECK, G. L. (Eds.). **Epidemiologia**. 2ª edição ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 685.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. **Declaração Universal dos Direitos humanos**, 1948. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/decl_d_human.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2020.

NAÇÕES UNIDAS. Secretário Geral. **Declarações sobre o Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra as Mulheres**, 2018. Disponível em: <<https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2018-11-19/international-day-for-elimination-of-violence-against-women-remarks>>. Acesso em: 24 Mar. 2022.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. **Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher**. Resolução 48/104, dez. 1993. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf>. Acesso em: 07 Dez. 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 1948. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

ONU MULHERES. Diretora Executiva. **Violência contra as mulheres e meninas é pandemia invisível**, 2020. Disponível em: <<https://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contras-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/>>. Acesso em: 24 Mar 2022.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré., JORGE, Maria Salete Bessa. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev RENE [Online]**. Fortaleza, vol. 8, n. 2, p. 93-100, mai./ago. 2007. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/3240/324027958012.pdf>. Acesso em: 08 Nov. 2020.

RIBEIRO, Maria Auxiliadora Teixeira. A pesquisa em base de dados: como fazer? In: Charles LANG, Charles Elias., BERNARDES, Jefferson de Souza., RIBEIRO, Maria Auxiliadora Teixeira., ZANOTTI, Susane Vasconcelos. (Org.). **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. 1. ed. Maceió: Edufal, 2015. p.61-63. Disponível

em: <<https://www.dropbox.com/s/4pn5b068p3vas5c/texto-xil-no-prelo.pdf?dl=0>>. Acesso em: 13 Out. 2020.

SANTOS, M. S.; BARCELLOS, C. A vizinhança como contexto: resgate do nível ecológico na determinação de saúde e bem-estar. In: MIRANDA, Ary. Carvalho de.; BARCELLOS, Cristovam.; MOREIRA, Josino Costa., MONKEN, Maurício. **Território, ambiente e saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 217-236.

SENA, Chalana Duarte Sena., DINIZ, Normélia Maria Freire., CARVALHO, Milca Ramaiane da Silva., OLIVEIRA, Daiane Santos., OLIVEIRA, Jeane Freitas., CAMPOS, Maria da Luz Aguiar Oliveira. Ocorrência de violência doméstica em mulheres que tiveram parto prematuro. **Rev Baiana Enferm.** Bahia, vol. 26, n. 2, p. 488-497, 2012. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6548>>. Acesso em: 22 Out. 2020.

SCHRAIBER, Lilia Blima., D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas., COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro vol. 25, supl. 2, p. 205-216, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2020.

SENADO FEDERAL. **Observatório da mulher contra a violência sexual**. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv>>. Acesso: 30 Mar. de 2022.

SILVINO, Michele Cristina Santos., SILVA, Laiz Fernanda Ferreira., DUARTES, Sara Cristina Fogaça., BELENTANI, Lorena., OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Mulheres e violência: características e atendimentos recebidos em unidades de urgência. **Journal of Health Sciences**. Paraná, vol. 18, n. 4, p. 240-244, ago. 2016. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/3240>>. Acesso em: 9 Out. 2020.

SOUZA, Gláucio. J., GOMES, Cilene., ZANETTI, Valéria. R. Descentralização, Território e Regionalização dos Serviços de Saúde: Análise Contextual dos Municípios de Guaratinguetá e Aparecida na Rede Regional de Atenção à Saúde – 17 (RRAS-17) do Estado de São Paulo. **Desenvolvimento Em Questão**. Vol. 19, n. 54, p. 298–320. Jan-Mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2021.54.298-320>. Acesso: 10 Fev. 2023.

SOUZA, Edinilsa R. et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 14, n. 5, p. 1709-1719, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000500012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 Set. 2020.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós construcionista. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, vol. 15, n. 2, p. 18-42, dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Set. 2020.

TETIKCOK, Ramazan., OZER, Erdal., CAKIR, Lutfullah., ENGINYURT, Ozgur., ISCANLI, M Dogan., CANKAYA, Soner., OZER, Filiz. Violence towards women is a public health problem. **J Forensic Leg Med.** vol. 44, p. 150-157, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-forensic-and-legal-medicine/vol/44/suppl/C>>. Acesso em: 04 Dez. 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**. Brasília, vol. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>>. Acesso em: 8 Out. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco**, 2011.

APÊNDICE A – RESULTADO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO DE LITERATURA

Título	Autores (as)	Periódico	Ano	Estado/UF de desenvolvimento da pesquisa	Área Temática/Assunto	Metodologia do Estudo	Qualis do Periódico
1. Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014)	Teofilo, Marcella Martins Alves; Kale, Pauline Lorena; Eppinghaus, Ana Lúcia Fontes; Azevedo, Otília Pimenta; Farias, Rejane Santos; Maduro Neto, José Pedro; Costa, Antônio José Leal; Cavalcanti, Maria de Lourdes Tavares.	Cadernos Saúde Coletiva	2019	Rio de Janeiro	Saúde Pública	Quantitativa	B2

2. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios	Minayo, Maria Cecília de Souza; Souza, Edinilsa Ramos de; Silva, Marta Maria Alves da; Assis, Simone Gonçalves de.	Ciência & Saúde Coletiva	2018	Rio de Janeiro	Saúde Pública Ambiental e Ocupacional	Qualitativa	A3
3. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança	Melo, Cristiane Magalhães de; Aquino, Talita Iasmim Soares; Soares, Marcela Quaresma; Bevilacqua, Paula Dias.	Ciência & Saúde Coletiva	2017	Minas Gerais	Saúde Pública Ambiental e Ocupacional	Quali - Quantitativa	A3
4. Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-	Pereira, Vinícius Oliveira de Moura; Pinto, Isabella Vitral; Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros; Shimizu, Helena Eri; Ramalho, Walter	Revista Brasileira de Epidemiologia	2020	Brasília	Epidemiologia	Quantitativa	B2

2017	Massa; Fagg, tstopher William.						
5. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017	Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros; Tomaz, Gabriela Rodrigues; Meneses, Gabriel Medina Sobreira de; Rodrigues, Malvina Thais Pacheco; Pereira, Vinícius Oliveira de Moura; Corassa, Rafael Bello.	Revista Brasileira de Epidemiologia	2020	Piauí	Política e Serviços de Saúde	Quantitativa	B2

6. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia - Brasil	Oliveira, Caio Alves Barbosa de; Alencar, Lucas Noronha de; Cardena, Rebeca Ribeiro; Moreira, Kátia Fernanda Alves; Pereira, Priscilla Perez da Silva; Fernandes, Daiana Evangelista Rodrigues.	Revista Cuidarte	2019	Rondônia	Enfermagem	Quantitativa	B1
7. Caracterização da Violência Sexual em um Estado da Região Sudeste do Brasil	Kataguri, Lidieine Gonçalves; Scatena, Lúcia Marina; Rodrigues, Leiner Resende; Castro, Sybelle de Souza.	Texto e Contexto – Enfermagem	2019	Minas Gerais	Ciências da Saúde	Quantitativa	A3
8. Evolução da notificação de	Gaspar, Renato Simões; Pereira,	Cadernos de Saúde Pública	2018	Maranhão	Política e Serviços	Quantitativa	A3

violência sexual no Brasil de 2009 a 2013	Marina Uchoa Lopes.				de Saúde		
9. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família	Martins, Lidianne de Cassia Amaral; Silva, Ethel Bastos da; Dilélio, Alitéia Santiago; Costa, Marta Cocco da; Colomé, Isabel Cristina dos Santos; Arboit, Jaqueline.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2018	Rio Grande do Sul	Enfermagem	Quantitativa	A2
10. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil	Delziovo, Carmem Regina; Coelho, Elza Berger Salema; d'Orsi, Eleonora; Lindner, Sheila Rubia.	Ciência e Saúde Coletiva	2018	Santa Catarina	Saúde Pública	Quantitativa	A3

11. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013	Delziovo, Carmem Regina; Bolsoni, Carolina Carvalho; Lindner, Sheila Rubia; Coelho, Elza Berger Salema.	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2018	Santa Catarina	Epidemiologia	Qualitativa	B2
12. Notificação de violência intrafamiliar contra a mulher idosa na cidade de São Paulo	Guimarães, Ana Paula dos Santos; Górios, Carlos; Rodrigues, Cintia Leci; Armond, Jane de Eston.	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	2018	São Paulo	Ciências da Saúde	Quantitativa	A4

13. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência	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.	Ciência e Saúde Coletiva	2017	Distrito Federal	Saúde Pública	Quantitativa	A3
14. Aspectos Éticos e Legais no Cuidado de Enfermagem às Vítimas de Violência Doméstica	Acosta, Daniele Ferreira; Gomes, Vera Lúcia de Oliveira; Oliveira, Denize Cristina de; Gomes, Giovana Calcagno; Fonseca, Adriana Dora da.	Texto e Contexto – Enfermagem	2017	Rio Grande do Sul	Enfermagem	Quantitativa	A3

15. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil	Delziovo, Carmem Regina; Bolsoni, Carolina Carvalho; Nazário, Nazaré Otília; Coelho, Elza Berger Salema.	Cadernos de Saúde Pública	2017	Santa Catarina	Política e Serviços de Saúde	Quantitativa	A3
16. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental	Pedrosa, Mariana; Zanello, Valeska.	Psicologia: Teoria e pesquisa	2017	Brasília	Violência Contra a Mulher	Quantitativa	A1
17. Indicadores de Violência Contra Mulheres Segundo os Relatórios de Serviços de Saúde no Estado de Minas Gerais-Brasil	Andrade, Júlia de Oliveira; Castro, Sybelle de Souza; Heitor, Sara Franco Diniz; Andrade, Wanderson Pereira de;	Texto e Contexto – Enfermagem	2016	Minas Gerais	Enfermagem	Quantitativa	A3

	Atihe, Camila Cristina.						
18. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012	Silva, Lúcia Ester Lopes da; Oliveira, Maria Liz Cunha de.	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2016	Distrito Federal	Epidemiologia	Quantitativa	B2
19. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual	Sousa, Maria Helena de; Bento, Silvana Ferreira; Osis, Maria José Duarte; Ribeiro, Meire de Paula; Faúndes, Anibal.	Revista Brasileira de Epidemiologia	2015	São Paulo	Epidemiologia	Quali – Quantitativa	B2

20. Caracterização dos casos de violência contra mulheres	Ferreira, Patrícia Chatalov; Batista, Vanessa Carla; Lino, Iven Giovanna Trindade; Marquete, Verônica Francisqueti; Pesce, Giovanna Brichi; Marcon, Sonia Silva.	Revista de Enfermagem UFPE on line	2020	Paraná	Violência Contra a Mulher	Quantitativa	B4
21. Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014	Carnevalle, Claudia Vieira; Schmidt, Teresa Cristina Gioia; Moraes, Marco Antonio de; Shirassu, Mirian Matsura; Valencich, Dalva Maria de Oliveira.	Boletim Epidemiológico Paulista	2019	São Paulo	Sistemas de Informação em Saúde	Quantitativa	B4

22. Violência contra a mulher	Viana, Aline Lopes; Lira, Margaret Olinda de Souza Carvalho e; Vieira, Michelle Christini Araújo; Sarmiento, Sued Sheila; Souza, Anna Paula Lima de.	Revista de Enfermagem da UFPE on line	2018	Pernambuco	Sistemas de Informação em Saúde	Quantitativa	B4
23. A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea	Silva, Marta Paraguai de Souza; Santos, Bruna Oliveira; Ferreira, Thaís Batista; Lopes, Arianna Oliveira Santana.	Revista de Enfermagem da UFPE on line	2017	Bahia	Sistemas de Informação em Saúde	Quantitativa	B4

24. A magnitude invisível da violência contra a mulher	Garcia, Leila Posenato.	Epidemiologia e Serviço de Saúde	2016	Distrito Federal	Epidemiologia	Quantitativa	B2
25. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva	Cortes, Laura Ferreira; Padoin, Stela Maris de Mello; Kinalski, Daniela Dal Forno.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2016	Rio Grande do Sul	Saúde Pública	Qualitativa	A2
26. Violência doméstica na gestação: aspectos e complicações para mulher e o feto	Araújo, Danielle Lima; Barbosa, Izabela Aparecida; Coimbra, Natany Xavier; Costa, Christina Souto Cavalcante.	Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás	2020	Goiás	Saúde Pública	Qualitativa	C

27. Violência por parceiro íntimo em abuso de álcool perpetrada contra mulheres no climatério	Pires, Vilara Maria Mesquita Mendes; Moraes, Roberta Laíse Gomes Leite; Santos, Letícia Silva dos; Machado, Juliana Costa; Guedes, Caroline Araújo; Rodrigues, Vanda Palmarella.	Revista de Enfermagem da UFSM	2019	Bahia	Enfermagem	Qualitativa	B1
28. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016	Madeiro, Alberto; Rufino, Andréa Cronemberger; Sales, Ítalo Costa; Queiroz, Luma Carvalho e.	Journal of Health & Biological Sciences	2019	Piauí	Ciências da Saúde	Quantitativa	B3

29. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação	Leite, Alessandra de Cássia; Fontanella, Bruno José Barcellos.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2019	São Paulo	Saúde Pública	Qualitativa	B2
30. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos	Souza, Tatiana Machiavelli Carmo; Rezende, Fernanda Ferreira.	Estudos Interdisciplinares em Psicologia	2018	Goiás	Psiquiatria e Psicologia	Qualitativa	A3

31. Perfil das notificações sobre violência sexual	Batista, Vanessa Carla; Back, Ivi Ribeiro; Monteschio, Lorena Vicentine Coutinho; Arruda, Debora Cristina de; Rickli, Hellen Carla; Grespan, Laura Razente; Matos, Andressa Casa Grande de; Marcon, Sonia Silva.	Revista de Enfermagem UFPE on line	2018	Paraná	Notificação	Quantitativa	B4
32. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde	Rolim de Holanda, Eliane; Rolim de Holanda, Viviane; Silva de Vasconcelos, Marilena; Patriota de Souza, Valesca; Teresinha Gimeniz Galvão, Marli.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	2018	Pernambuco	Saúde Pública	Quantitativa	B2

33. Caracterização dos casos de violência física contra mulheres notificados na Bahia	Dantas, Giselle de Santana Vilasboas; Silva, Polyana Leal da; Silva, Jaine Karenny da; Rios, Marcela Andrade.	Archives of Health Sciences (online)	2017	Bahia	Enfermagem	Quantitativa	B4
34. Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista	Bozzo, Ana Clara Borborema; Matos, Giovanna Canesin; Beraldi, Livia Parizi; Souza, Mônica Dilene de.	Revista de Enfermagem UERJ	2017	São Paulo	Enfermagem	Quantitativa	A4

35. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência	Silva, Neuzileny Nery Ferreira; Leal, Sandra Maria Cezar; Trentin, Daiane; Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira; Vargas, Caroline Porcelis; Vieira, Letícia Becker.	Enfermagem em Foco	2017	Pará	Enfermagem	Qualitativa	B1
36. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher	Freitas, Rodrigo Jacob Moreira de; Sousa, Viviane Benício de; Cruz e Costa, Tathiane da Silva; Feitosa, Rúbia Mara Maia; Monteiro, Ana Ruth Macêdo; Moura, Natana Abreu de.	HU Revista	2017	Rio Grande do Norte	Violência Contra Mulher	Qualitativa	B4

37. Mulheres e Violência: Características e Atendimentos Recebidos em Unidades de Urgência	Silvino, Michele Cristina Santos; Silva, Laís Fernanda Ferreira da; Duarte, Sara Cristina Fogaça; Belentani, Lorena; Oliveira, Magda Lúcia Félix de.	Journal of Health Sciences (Londrina)	2016	Paraná	Ciências da Saúde	Qualitativa	NP
38. Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência	Trigueiro, Tatiane Herreira; Merighi, Miriam Aparecida Barbosa; Medeiros, Adeli Regina Prizybicien de; Ribeiro, Cléa Elisa Lopes; Mata, Nely Dayse Santos da; Jesus, Maria Cristina Pinto de.	Cogitare Enfermagem	2015	Paraná	Enfermagem	Quantitativa	B1

39. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil	Moreira, Gracyelle Alves Remigio; Soares, Priscila Simões; Farias, Faryda Nidya Rodrigues; Vieira, Luiza Jane Eyre de Souza.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	2015	Ceará	Saúde Pública	Quantitativa	B2
40. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher	Cordeiro, Kátia Cordélia Cunha; Santos, Raiane Moreira; Gomes, Nadirlene Pereira; Melo, Daniela Santos; Mota, Rosana Santos; Couto, Telmara Menezes.	Revista Baiana de Enfermagem	2015	Bahia	Enfermagem	Qualitativa	B2

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

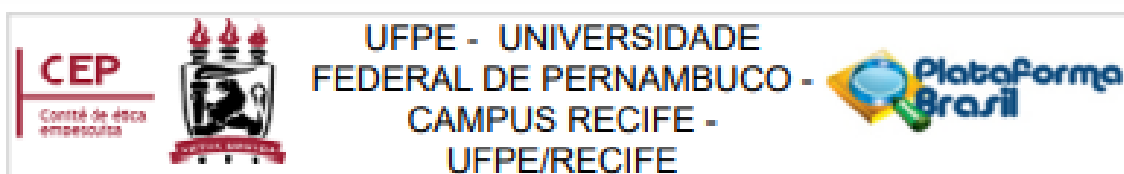
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10)	
	4 UF		5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora		☐ 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		Código Unidade	
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código (CNES)		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		11 Data de nascimento	
	10 Nome do paciente		12 (ou) Idade		13 Sexo	
	16 Escolaridade		14 Gestante		15 Raça/Cor	
Dados de Residência	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		19 UF	
	20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
Dados Complementares	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)	
	33 Nome Social		34 Ocupação		35 Situação conjugal / Estado civil	
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:		38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
Dados da Pessoa Atendida	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Distrito		43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência		50 Zona	
Dados da Ocorrência	51 Hora da ocorrência		52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?	
	54 A lesão foi autoprovocada?		55 Local de prática esportiva		56 Bar ou similar	
	57 Comércio/serviços		58 Indústrias/construção		59 Outro	
	60 Ignorado		61 Ignorado		62 Ignorado	

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 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		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outros _____ ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espionamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um ☐ 2- Dois ou mais ☐ 9- Ignorado ☐ 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros _____ ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino ☐ 2- Feminino ☐ 3- Ambos os sexos ☐ 9- Ignorado ☐ 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado ☐ 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 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		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____ 69 Data de encerramento _____		
	Informações complementares e observações Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____		
Notificador	Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 136 Central de Atendimento à Mulher 100 180		
	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ Nome _____ Função _____ Assinatura _____ Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015		

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos Casos Notificados de Violência Contra as Mulheres no Estado de Pernambuco

Pesquisador: MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58139422.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.454.043

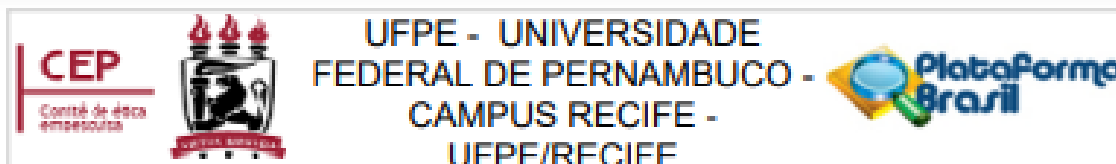
Apresentação do Projeto:

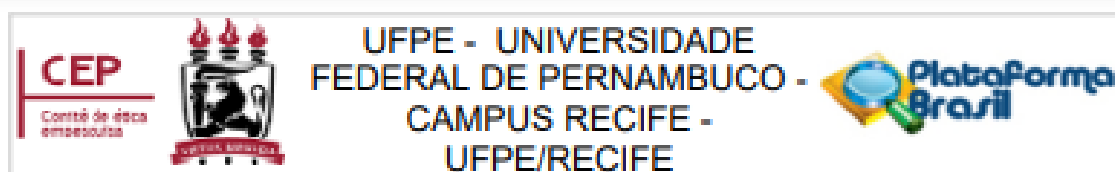
Este protocolo corresponde ao Projeto de dissertação do mestrando Mychelson Santana da Silva Santos, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. Tem como orientador o professor Petrônio José de Lima Martelli e como coorientador o professor Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca.

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa com caráter descritivo analítico e transversal, terá como unidade de análise os 184 municípios pernambucanos, o que configura-se como um estudo ecológico. A pesquisa compreenderá todos os casos notificados de violência contra as mulheres, registrados pelos serviços públicos e privados no estado de Pernambuco, no período de 1 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2020, no Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN).

A descrição dos casos de violência será realizada segundo as características sociodemográficas das vítimas: sexo, faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, presença de deficiência/transtorno. Serão consideradas deficiências física, intelectual, visual e auditiva, transtornos mentais, transtornos de comportamento, além de outras deficiências e outros transtornos. As formas de violências serão descritas de acordo com o histórico de repetição da violência, local de ocorrência da violência, lesão. Os tipos de violência serão classificados conforme definições formuladas pelo Ministério da Saúde: física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos,

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)21-34.8588 **Fax:** (81)2128-3183 **E-mail:** nenhumano@ufpe.br





Continuação do Parecer: 5.454.043

contra a mulher no estado de Pernambuco. A fundamentação teórica e a metodologia utilizada estão bem apresentadas e coerentes com os objetivos formulados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados e atendem aos critérios estabelecidos pelo CEP.

Recomendações:

Reafirmamos a necessária atenção, já mencionada pelo pesquisador, em relação ao cuidado no uso de dados que possam identificar alguma participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa já pode ser iniciada. A pendência anteriormente identificada foi solucionada.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

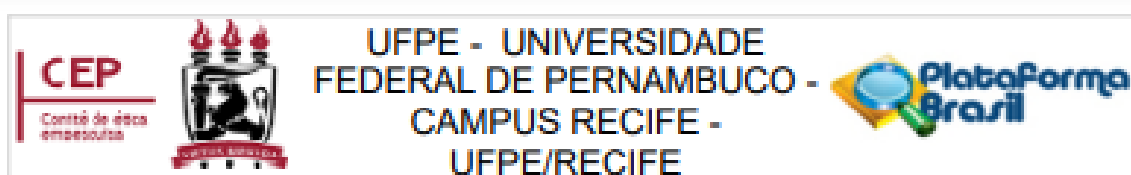
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1842847.pdf	06/06/2022 11:32:58		Aceito
Outros	pendencias_carta_resposta.docx	06/06/2022 11:32:34	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.454.043

Outros	Curriculo_pesquisador_principal.PDF	03/06/2022 07:52:27	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	digitalizar0004.pdf	26/04/2022 08:37:07	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertacao.docx	26/04/2022 08:36:24	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_e_confidencialidade.pdf	22/04/2022 08:42:31	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	19/04/2022 09:48:35	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
Outros	folha_de_rosto.pdf	19/04/2022 09:44:29	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	11/04/2022 07:58:21	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
Outros	Lattes_coorientador.pdf	30/03/2022 13:15:49	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
Outros	Lattes_orientador.pdf	30/03/2022 13:14:47	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito
Outros	declaracao_vinculo.pdf	30/03/2022 12:41:34	MYCHELSON SANTANA DA SILVA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

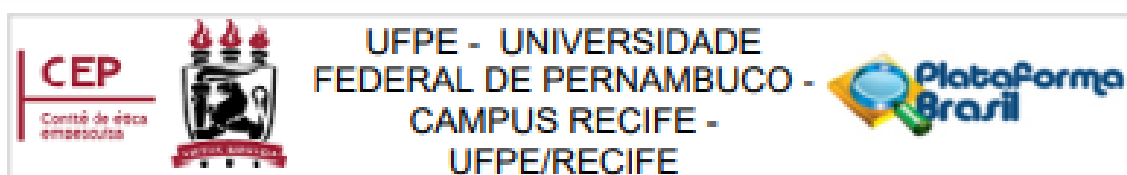
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 07 de Junho de 2022

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.454.043

Endereço: Av. das Engenharias, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO C - ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

07/04/2022 09:53

SEI/GOVPE - 23099056 - GOVPE - Declaração

Secretaria de
SaúdeGOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO

GOVPE - Declaração

Processo SEI nº 2300000157.000067/2022-52

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa com o tema **Análise dos casos notificados de violência contra as mulheres no Estado de Pernambuco**, do pesquisador **Mychelton Santana da Silva Santos**, sob a orientação do Prof^º. **Dr. Petrônio José de Lima Martelli**, na Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O mesmo deverá cumprir os requisitos da Resolução CNS N^º466/12 e suas complementares, e Resolução N^º510/16, comprometendo-se, dentre outras coisas, a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Atenciosamente

Emanuela de Oliveira Silva Souza

Analista em Educação na Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Emanuela de Oliveira Silva Souza**, em 07/04/2022, às 09:52, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 23099056 e o código CRC 06A07E26.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongüi, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: (81)3184-0000

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Análise dos Casos Notificados de Violência Contra as Mulheres no Estado de Pernambuco

Nome Pesquisador responsável: Mychelson Santana da Silva Santos

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Endereço completo do responsável: Rua Dois nº 17 Loteamento Militina Vitória de Santo Antão - PE

Telefone para contato: (081) 9 9906-4689 **E-mail:** mychelson@yahoo.com.br

Orientador: Professor Dr. Petrônio José de Lima Martelli. **Fone de contato** (081) 9 9142-7329. **E-mail:** Petrônio.martelli@ufpe.br

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Os dados coletados nesta pesquisa (planilhas e etc), ficarão armazenados em (pastas de arquivo, computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

Recife, 19 de abril de 2022.

Assinatura Pesquisador Responsável

ANEXO E – NORMAS DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE
PUBLICAÇÃO DE: SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO
DA SAÚDE DO BRASIL

Área: Ciências Da Saúde

Versão impressa ISSN: 1679-4974 Versão on-line ISSN: 2237-9622

Título anterior: Informe Epidemiológico do SUS

Instruções aos autores

Modalidades dos manuscritos

O Núcleo Editorial da RESS acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

- a) Artigo original – produto inédito de pesquisa inserido em uma, ou mais, das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da saúde pública.
- b) Artigo de revisão
 - b.1) Sistemática – produto da aplicação de estratégias para a redução de vieses na seleção, avaliação crítica e síntese de resultados de diferentes estudos primários, com o objetivo de responder a uma pergunta específica; pode apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise; é desejável a indicação do registro do protocolo da revisão na base de registros PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews).
 - b.2) Narrativa – produto da análise crítica de material publicado, com discussão aprofundada sobre tema relevante para a saúde pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista, a convite dos editores.
- c) Nota de pesquisa – relato conciso de resultados finais ou parciais (nota prévia) de pesquisa original.
- d) Relato de experiência – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a saúde pública; deve ser elaborado a convite dos editores.
- e) Artigo de opinião – comentário sucinto sobre temas específicos para promover o debate no âmbito da epidemiologia e/ou vigilância em saúde, a partir de evidências científicas e expressando a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista, a convite dos editores.
- f) Debate – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá comentários e/ou críticas, por meio de réplicas, assinadas por especialistas, também convidados.

g) Investigação de eventos de interesse da saúde pública – produto inédito de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a saúde pública.

h) Perfil de bases de dados nacionais de saúde – descrição de bases brasileiras de interesse para a epidemiologia, a vigilância, a prevenção e o controle de doenças, feita a convite dos editores.

i) Cartas – comentários e/ou críticas breves, vinculados a artigo publicado na última edição da revista, que poderão ser publicadas por decisão dos editores e acompanhadas por carta de resposta dos autores do artigo comentado.

As características das modalidades acolhidas estão sumarizadas no quadro abaixo.

Quadro: Características das modalidades dos manuscritos.

Modalidade	Número de palavras	Número de tabelas e figuras	Número de referências	Resumos (150 palavras)	Quadro de contribuições do estudo
Artigo original	3.500	Até 5	Até 30	Sim	Sim
Artigo de revisão sistemática	3.500	Até 5	Sem limitação	Sim	Sim
Artigo de revisão narrativa	3.500	Até 5	Sem limitação	Sim	Sim
Nota de pesquisa	1.500	Até 3	Até 30	Sim	Sim
Relato de experiência	2.500	Até 4	Até 30	Sim	Sim
Artigo de opinião	1.500	Até 2	Até 30	Não	Não
Debate	3.500 (1.500 cada réplica ou tréplica)		Até 30	Não	Não
Investigação de eventos de interesse	2.500	Até 4	Até 30	Sim	Sim

da saúde pública					
Perfil de bases de dados nacionais de saúde	3.500	Até 7	Até 30	Não	Sim
Cartas	400	Até 5	Até 5	Não	Não

A critério dos editores, podem ser publicados outros formatos de artigos, a exemplo de ferramentas para a gestão da vigilância em saúde (limite: 3.500 palavras), aplicações da epidemiologia (limite: 3.500 palavras), entrevista com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras), resenha de obra contemporânea (limite: 800 palavras), artigos de séries temáticas e notas editoriais.

Estrutura dos manuscritos

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE ([versão em inglês](#) e [versão em português](#)).

A estrutura do manuscrito deve estar em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento.

A relação completa dos guias encontra-se no [website](#) da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>. A seguir, são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS.

Estudos observacionais: [STROBE](#) (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)

Revisões sistemáticas: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), versões em [inglês](#) e [português](#)

Estimativas em saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting) versões em [inglês](#) e [português](#)

Estudos de bases secundárias: [RECORD](#) (Conducted using Observational Routinely-collected health Data)

Relato de sexo e gênero: SAGER (Sex and Gender Equity in Research) , versões em [inglês](#) e [português](#).

Somente serão aceitos manuscritos que estiverem de acordo com o modelo disponível no Modelo de Submissão. Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa, com formatação em espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format), DOC ou DOCX (documento do Word). Não são aceitas notas de rodapé no texto. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português;
- d) nome completo, [ORCID](#) (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail* de cada um dos autores;
- e) instituição de afiliação (até dois níveis hierárquicos; cidade, estado, país), enumerada abaixo da lista de autores com algarismos sobrescritos; incluir somente uma instituição por autor;
- e) correspondência com nome do autor, logradouro, número, cidade, estado, país, CEP e e-mail
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho, ano de defesa e instituição;
- h) Financiamento, ou suporte, com a declaração de todas as fontes, institucionais ou privadas, que contribuíram para a realização do estudo; citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e da folha de rosto do artigo.

Resumo/Abstract/Resumen

Deverá ser redigido em parágrafo único, nos idiomas português, inglês e espanhol, com até 150 palavras, e estruturado com as seguintes seções: objetivo, métodos, resultados e conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o formato estruturado é opcional.

Palavras-chave/Keywords/Palabras clave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, umas delas relacionada ao delineamento do estudo, a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponível em: <http://decs.bvs.br>) e apresentadas nos idiomas português, inglês e espanhol.

Contribuições do estudo

Os autores devem informar as principais contribuições do estudo que serão apresentadas em destaque no manuscrito diagramado, em caso de publicação. Devem ser incluídos os seguintes tópicos, com até 250 caracteres com espaço para cada tópico:

- a) Principais resultados: descrever, de forma sucinta, a resposta ao objetivo do estudo;
- b) Implicações para os serviços: discutir como os achados do estudo podem repercutir nos serviços e/ou ser apropriados por eles.
- c) Perspectivas: apresentar um "olhar para o futuro" e refletir sobre quais seriam os próximos passos para a área/tema estudado e/ou o que seria necessário para a implementação dos achados.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, obrigatoriamente, as seguintes seções, nesta ordem: introdução, métodos, resultados, discussão, contribuição dos autores e referências. Tabelas, quadros e figuras deverão ser referidos nos "resultados" e apresentadas ao final do artigo, quando possível,

ou em arquivo separado (em formato editável). O conteúdo das seções deverá contemplar os seguintes aspectos:

- a) Introdução: apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem;
- b) Métodos: descrever o delineamento do estudo, a população estudada, os métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem e os procedimentos de coleta dos dados ou fonte, local e data de acesso aos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, contemplar as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos);
- c) Resultados: apresentar a síntese dos resultados encontrados; é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas.
- d) Discussão: apresentar síntese dos principais resultados, sem repetir valores numéricos, suas implicações e limitações; confrontar os resultados com outras publicações relevantes para o tema; no último parágrafo da seção, incluir as conclusões a partir dos resultados da pesquisa e implicações destes para os serviços ou políticas de saúde;
- e) Contribuição dos autores: incluir parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores, de acordo com as recomendações do ICMJE.
- f) Agradecimentos: quando houver, devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável; nomeiam-se as pessoas que colaboraram com o estudo e preencheram os critérios de autoria; os autores são responsáveis pela obtenção da autorização, por escrito, das pessoas nomeadas, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo; agradecimentos impessoais – por exemplo, “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho” – devem ser evitados;
- g) Referências: o formato deverá seguir as Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do [ICMJE](#) e do [Manual de citações e referências na área da medicina](#) da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, com adaptações definidas pelos editores.

1. No texto, utilizar o sistema numérico, segundo a ordem de citação no texto, com os números grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação (e a pontuação, quando presente), separados entre si por vírgulas; se números sequenciais, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16).
2. Para referência com mais de seis autores, listar os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.” para os demais;
3. Títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada, de acordo com o estilo usado no [Index Medicus](#) ou no [Portal de Revistas Científicas de Saúde](#);
4. Títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso;
5. Sempre que possível, incluir o DOI (Digital Object Identifier) do documento citado.

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. O [Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde](#) ou o Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.) podem ser consultados.

Submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos à RESS por meio do [Sistema SciELO de Publicação](#). Antes da submissão, no entanto, os autores devem preparar os seguintes documentos:

1. Declaração de responsabilidade, assinada por todos os autores, digitalizada em formato PDF;
2. Formulário de conformidade com a ciência aberta;
3. Folha de rosto e texto do manuscrito, de acordo com o Template de Submissão.

Taxas de processamento

A RESS não efetua cobrança de taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

Processo de avaliação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista.

Uma análise preliminar verificará aspectos editoriais e técnicos, que incluem o potencial para publicação, o interesse para os leitores da revista e o atendimento aos requisitos éticos, não se limitando a esses elementos. Trabalhos que não atenderem a esses aspectos serão recusados; por sua vez, os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas etapas especificadas a seguir.

- 1) Revisão técnica: realizada pelo editor associado e/ou assistente, consiste da revisão de aspectos de forma e redação científica, com o objetivo de garantir que o manuscrito atenda a todos os itens das Instruções aos autores e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares. Nesta etapa também é analisado o relatório do sistema de detecção de plágio do sistema iThenticate.
- 2) Revisão externa por pares: realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores *ad hoc*), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito, que devem avaliar o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. As modalidades submetidas a revisão externa por pares são: “artigo original”, “nota de pesquisa”, “artigo de revisão”, “relato de experiência”, “investigação de eventos de interesse da saúde pública” e “perfil de bases de dados nacionais de saúde”. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores *ad hoc* não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Para manuscritos previamente publicados em servidores de *preprints*, a RESS entende que não é possível garantir o anonimato dos autores, sendo garantido apenas o dos revisores envolvidos no processo. Os revisores *ad hoc* devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo [COPE](#).
- 3) Revisão pelo Núcleo Editorial: após a emissão dos pareceres dos revisores *ad hoc*, o editor associado, científico e/ou chefe também avalia o manuscrito e, quando pertinente, indica aspectos passíveis de aprimoramento na sua apresentação e para observação dos padrões de apresentação da RESS. Posteriormente, com a reformulação realizada pelos autores, o manuscrito é avaliado quanto ao atendimento às modificações recomendadas ou em relação às justificativas apresentadas para não se fazerem as alterações.
- 4) Revisão final pelo Comitê Editorial: após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo Núcleo Editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado

aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

As revisões das etapas do processo editorial serão enviadas aos autores, pelo sistema de submissões, com prazo definido para reformulação. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de *e-mail* informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito. Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda se identificar a necessidade de ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo, sendo os autores informados a respeito. Importante destacar que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores *ad hoc*, especialistas no assunto do manuscrito, e até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Após a aprovação, o manuscrito segue para a produção editorial, constituída das seguintes etapas:

- 1) Edição final;
- 2) Revisão do português;
- 3) Normalização das referências bibliográficas;
- 4) Tradução do texto completo do manuscrito para o inglês e revisões do *abstract* em inglês e do *resumen* em espanhol;
- 5) Diagramação do texto, tabelas e figuras;
- 6) Revisão final;
- 8) Controle de qualidade;
- 7) Prova do prelo, encaminhada ao autor principal por *e-mail*, em formato PDF, para a sua aprovação final para publicação do manuscrito; e
- 9) Editoração e publicação eletrônica.

Fluxograma de processamento dos manuscritos

Os autores poderão entrar em contato com a Secretaria da RESS, por meio do endereço eletrônico ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, ou necessidade de informação sobre o andamento do manuscrito, de forma a evitar hiatos temporais no processo editorial.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS
Epidemiologia e Serviços de Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700 - 7º andar, Asa Norte,
Brasília, DF, Brasil. CEP: 70.719-040
Telefones: (61) 3315-3464 / 3315-3714
E-mail: ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br