

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELZA GOMES FINOTTI NOGUEIRA

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA REDE  
PÚBLICA DE SAÚDE DE GOIÂNIA-GOIÁS

GOIÂNIA  
2013

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

### 2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Elza Gomes Finotti Nogueira		
E-mail:	elzagomesnogueira@yahoo.com.br		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO.		
Agência de fomento:	Não houve.	Sigla:	
País:	UF:	CNPJ:	
Título:	Notificação de Violência Contra a Mulher na Rede Pública de Saúde de Goiânia-Goiás.		
Palavras-chave:	Violência Contra a Mulher, Notificação Compulsória de Abuso, Vigilância Epidemiológica, Violência de Gênero.		
Título em outra língua:	Notification of Violence Against Women in the Network Public Health of Goiânia-Goiás-Brazil.		
Palavras-chave em outra língua:	Violence Against Women, Mandatory Reporting, Epidemiological Surveillance, Gender Violence.		
Área de concentração:	Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.		
Data defesa:	27/11/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva		
Orientadora:	Profª Drª Marta Rovey de Souza		
E-mail:	martary@gmail.com		
Coorientadora:*	Profª Drª Nilza Alves Marques Almeida		
E-mail:	nilzafenufg@gmail.com		

\*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

### 3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 19/09/2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) autor (a)

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

ELZA GOMES FINOTTI NOGUEIRA

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA REDE  
PÚBLICA DE SAÚDE DE GOIÂNIA-GOIÁS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Roverly de Souza

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nilza Alves Marques Almeida

GOIÂNIA

2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)  
(GPT/BC/UFV)**

N778n Nogueira, Elza Gomes Finotti.  
Notificação de Violência Contra a Mulher na Rede Pública de Saúde de Goiânia-Goiás [manuscrito] / Elza Gomes Finotti Nogueira. - 2013.  
81 f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Profª. Drª. Marta Rovey de Souza; Co-orientadora: Nilza Alves Marques Almeida.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

Bibliografia.  
Inclui lista de figuras, quadros, tabelas, abreviaturas e siglas.  
Apêndices.

1. Violência contra mulher. 2. Profissionais de saúde. 3. Secretaria Municipal de Saúde – Goiânia (GO). I. Título.

CDU:364.632:614

## DEDICATÓRIA

Ao esposo Silvio Levi, pelo apoio incondicional.  
Aos meus pais, Nilo (*in memoriam*) e Alcione,  
por tudo que me ensinaram.

## AGRADECIMENTOS

[...] A gratidão consciente não necessita de expressões externas e contribui para fazer ditosa a existência [...]. Como não guardar gratidão a tudo aquilo que cooperou para tornar mais fácil e feliz o transcorrer dos dias? Deter por um instante, pois, o pensamento naqueles que nos proporcionaram um bem é render-lhes uma justa homenagem [...] (PECOTCHE, 2005, p. 230)

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Roverly de Souza, pela confiança, cuidado e competente orientação.

Às Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claci Fátima Weirich Rosso e Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida Alves da Silva, pelas contribuições e em participar da Banca Examinadora da Defesa Pública.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nilza Alves Marques Almeida, pelo incentivo e pelas contribuições fundamentais durante o exame de qualificação.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr Elias Rassi Neto e demais idealizadores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC), pela oportunidade.

À coordenação e corpo docente do MPSC, por “abraçarem a causa”.

À Suiany, secretária acadêmica, pela atenção e presteza de sempre.

Aos colegas de turma, pela solidariedade. Em especial, à Ana Coutinho e Mary Anne França, que se desdobraram como nossas representantes junto à Coordenação.

À Flúvia Amorim, Diretora de Vigilância em Saúde da Secretaria de Municipal de Saúde de Goiânia-GO, pelo incentivo e apoio desde que o mestrado era somente um propósito.

Aos colegas da SMS Goiânia-GO, pelo incentivo e apoio.

Às colegas da Divisão de Vigilância das Violências e Promoção da Saúde, em especial, pelos estímulos, carinho e cuidados de sempre.

À Divânia Dias, colega da SMS, pela ajuda com os detalhes de última hora.

À Celma Dias Borges, colega de turma, pela amizade.

Aos amigos da Fundação Logosófica, pela compreensão e afeto.

Aos familiares e amigos, pela compreensão, pelo apoio e carinho de sempre.

## RESUMO

A violência, mesmo sem ser natural, é um fenômeno que sempre fez parte da experiência humana e vem se destacando entre as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Desde 1993 a Organização Mundial da Saúde reconhece na violência um problema de saúde pública. Em 2010, o Ministério da Saúde registrou 27.176 notificações de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Segundo os dados, as características das vítimas de violência contra a mulher são: adulta jovem, casada ou em união consensual, residente da zona urbana, escolaridade mais elevada e da cor branca. Em relação ao provável autor da agressão, a maior parte foi cometida por indivíduo do sexo masculino e que matinha relação próxima com a vítima, na condição de cônjuge ou ex-cônjuge. Portanto, ressalta-se a importância das políticas públicas brasileiras de combate à violência contra a mulher e a instituição da notificação compulsória dentro do Sistema Único de Saúde. O presente estudo teve como objetivo analisar o conhecimento dos profissionais sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás. Realizou-se um estudo qualitativo do tipo exploratório, cuja população de estudo constou de profissionais envolvidos com a atenção à mulher em situação de violência e/ou vigilância epidemiológica das violências, nos três níveis hierárquicos da Secretaria. Utilizou-se para coleta de dados a entrevista e a pesquisa documental em registros escritos e digitais de capacitações que abordaram o tema da notificação da violência contra a mulher. Considerando-se as manifestações dos profissionais entrevistados em relação ao entendimento sobre o papel do profissional na atenção à mulher em situação de violência, percebe-se que alguns procedimentos relatados vão além das questões meramente técnicas da assistência, especialmente ao motivar a buscar apoio, acolher, ouvir e observar, oferecer apoio e inspirar confiança. A maioria dos profissionais entende que a notificação é obrigatória, tem finalidade epidemiológica e deve ser realizada por quem faz o atendimento, evidenciando conformidade com o que preconiza a legislação sobre a notificação. Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de referência e contrarreferência e protocolo assistencial, pode-se observar que não há um consenso, especialmente, sobre a existência do protocolo. Alguns compreendem o papel da Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres, enfatizando a articulação das Instituições, capacitação de profissionais e a retaguarda ao atendimento da Unidade de Saúde. Quanto à capacitação para a notificação dos casos de violência contra a mulher, os profissionais reconhecem a necessidade de atualizações. Com a pesquisa documental verificou-se um quantitativo significativo de eventos educativos ou cursos, porém, sem subsídios para verificar se atendem a Política Nacional e Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em vigor desde 2004. Desta forma, considera-se que as capacitações de profissionais devem se adequar às diretrizes da PNEPS, e seus registros precisam ser qualificados. Em relação à Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação Violência considera-se necessária uma ampla e contínua divulgação de suas ações aos profissionais.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher, Notificação Compulsória de Abuso, Vigilância Epidemiológica, Violência de Gênero

## ABSTRACT

Violence is a phenomenon that has always been part of human experience and has been emphasizing between the main causes of morbidity and mortality worldwide. Since 1993 the World Health Organization recognizes in violence a public health problem. In 2010, the Ministry of Health of Brazil recorded 27,176 notifications of cases of domestic violence, sexual and/or other violence. According to the data, the characteristics of victims of violence against women are: young adult, married or in a consensual union, resident of urban zone, higher education and white color. In relation to the likely perpetrator of the assault, mostly committed by a male person and that have closed relationship with the victim, provided that spouse or ex-spouse. Therefore, it should be noted the importance of the Brazilian public policies to combat violence against women and the institution of compulsory notification within the Health System in Brazil. The present study aimed to analyze the knowledge of professionals about the notification of cases of violence against women in the Municipal Health Secretariat of Goiânia-Goiás/Brazil. A qualitative study of exploratory type, whose study population consisted of professionals involved with attention to women in situation of violence and/or epidemiological surveillance of violence in three hierarchical levels of the Secretariat. It was used for data collection the interview and documentary research in written records and fingerprints of trainings addressing the subject of notification of violence against women. Considering the manifestations of the professionals interviewed in relation to the understanding of the role of the professional in the attention to women in situation of violence, one realizes that some procedures reported go beyond purely technical questions of assistance, especially to motivate to get support, receive, listen and observe, offer support and inspire confidence. Most professionals understand that the notification is mandatory, have epidemiological and purpose must be carried out by who does the attendance, even anonymously, evidencing compliance with what the law calls for the notification. As for the professionals' knowledge about the reference flows and opposite-reference and existence of Protocol, it can be observed that there is a consensus, especially on the existence of the Protocol. Some understand the role of Network of Care for Children, Adolescents and Women in Situations of Violence, emphasizing the articulation of institutions, training of professionals and the support service of the Health Unit. Regarding training for the notification of cases of violence against women, professionals recognize the need of updates. With the documentary research found a significant quantitative educational events or courses, however, without subsidies to verify that meet National Policy for Continuing Education in Health (PNEPS), in force since 2004. In this way, it is considered that the training of professionals must fit the guidelines of PNEPS, and their records need to be qualified. Regarding the Network of Care for Children, Adolescents and Women in Situations of Violence is considered necessary a continuous, comprehensive disclosure of their actions to the professionals.

Keywords: Violence Against Women, Mandatory Reporting, Epidemiological Surveillance, Gender Violence

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição da população de 10 anos ou mais de idade, que foi vítima de agressão física, segundo sexo e local da agressão	18
Figura 2	Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Goiânia, 2009 a 2012	22
Figura 3	Município de Goiânia, segundo divisão em Distritos Sanitários	43
Figura 4	Série histórica dos eventos de capacitação de profissionais com abordagem do tema da violência. Goiânia-GO, 2000 a 2012	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tratados, convenções e pactos internacionais relacionados aos direitos da mulher	14
Quadro 2	Objetivos do Projeto Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência Física, Psicológica e Sexual	20
Quadro 3	Violências objetos de notificação compulsória	30
Quadro 4	Fluxo da Notificação Compulsória dos Casos de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências do Município de Goiânia-GO	33
Quadro 5	Caracterização das ações de educação permanente em saúde segundo sua natureza	40
Quadro 6	Perfil dos profissionais entrevistados	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra as mulheres (20 a 59 anos de idade) – Brasil, 2009 e 2010	19
Tabela 2	Eventos de capacitação de profissionais da SMS com abordagem do tema da violência. Goiânia-GO, 2000 a 2012	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CEACA	Centro de Atendimento a Criança e ao Adolescente
CIAMS	Centro Integrado de Assistência Médica Sanitária
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FUMDEC	Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NECASA	Núcleo de Estudos e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente
NPVS	Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OVG	Organização das Voluntárias de Goiás
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RACAM	Rede de Atenção às Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Saúde do Estado de Goiás
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UABSF	Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família
UCG	Universidade Católica de Goiás
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
VIVA	Sistema de Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes
WHA	Assembleia Mundial da Saúde

# SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

ABSTRACT AND KEY-WORDS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	24
2.1 Objetivo Geral .....	24
2.2 Objetivos Específicos .....	24
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
3.1 Violência e Gênero – Abordagens Conceituais .....	27
3.2 Vigilância: Relevância e Dificuldades da Notificação da Violência contra a Mulher .....	28
3.3 Contribuições das Redes de Apoio no Enfrentamento da Violência Contra a Mulher .....	34
3.4 Educação Permanente: Estratégia para Formação em Saúde .....	38
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	41
4.1 Delimitação do objeto .....	41
4.2 Procedimentos Metodológicos .....	43
4.3 Aspectos Éticos .....	437
<b>5 RESULTADOS</b> .....	48
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	57
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	63

**ANEXOS**

**APÊNDICES**

## 1 INTRODUÇÃO

A violência, mesmo sem ser natural, é um fenômeno que sempre fez parte da experiência humana e vem se destacando entre as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo (MASCARENHAS et al., 2009). Desde 1993, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem na violência um problema de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a), sendo que a Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde (WHA) realizada em 1996 adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema importante e crescente no mundo (KRUG et al., 2002).

Ao longo da história, um importante movimento internacional tem cobrado posicionamento e ações de prevenção e combate à violência dos 193 Países-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), que foram documentados por meio de tratados, convenções e pactos internacionais. Muitos destes tiveram relação direta ou indireta com a vida e os direitos das mulheres e constam do Quadro 1.

Destaca-se que em 2000, 191 países reunidos na Cúpula do Milênio da Assembleia Geral das Nações Unidas assumiram compromisso de cumprir com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Consideradas diretrizes ambiciosas e abrangentes, observa-se que a vida e os direitos das mulheres – metade da população mundial – são afirmados em todos os objetivos e ofereceram às Nações Unidas um conjunto de indicadores para acompanhar o progresso nesses temas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Ainda no mesmo ano, o Conselho de Segurança da ONU adotou a Resolução nº 1325, sobre mulheres, paz e segurança, solicitando aos Estados-Membros que aumentassem a representação das mulheres em todos os níveis de tomada de decisão para a prevenção, gestão e resolução de conflito, e ao Secretário-Geral que nomeasse mais mulheres para os cargos de representantes especiais e enviados, e para expandir o papel e a contribuição das mulheres nas operações de paz da ONU. O Conselho apelou aos atores envolvidos na negociação e implementação dos acordos de paz para adotarem uma perspectiva de gênero. (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2013).

**Quadro 1** - Tratados, convenções e pactos internacionais relacionados aos direitos da mulher – 1948 a 2010

<b>ANO</b>	<b>TRATADOS, CONVENÇÕES E PACTOS</b>
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos
1968	Conferência sobre Direitos Humanos de Teerã
1969	Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial
1969	Declaração sobre Progresso Social e Desenvolvimento da Assembleia Geral das Nações Unidas
1974/1984	Plano de Ação da População Mundial
1976	Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos
1976	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
1979	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
1986	Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento
1989	Convenção sobre os Direitos da Criança
1993	Conferência Mundial de Direitos Humanos das Nações Unidas Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres
1994	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)
1995	Declaração e plataforma de Ação de Pequim
1999	Ações Essenciais para a Posterior Implantação do Programa de Ação da CIPD
2000	Declaração do Milênio Resolução 1325 (Mulheres, Paz e Segurança)
2001	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)
2004	57ª Assembleia Mundial da Saúde
2005	Cúpula Mundial 2005
2006	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
2010	Cúpula de Revisão dos ODM/2010

Fonte: Adaptado do Relatório sobre a Situação da População Mundial 2012 (NAÇÕES UNIDAS, 2012, p.4).

Editado em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde foi considerado uma parte importante da resposta da OMS às solicitações levantadas pela Resolução WHA49.25 e, desde então, passou a ser uma referência sobre o tema. Segundo este documento o mundo não tem de aceitar a violência como parte inevitável da condição humana, a violência pode sim ser evitada e seu impacto minimizado, não se tratando de uma questão de fé, mas de uma afirmação baseada em evidências (KRUG et al., 2002). Desta forma, sua solução passa por

revelar o máximo possível de conhecimento básico a respeito de todos os aspectos da violência – através da coleta sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as consequências da violência nos níveis local, nacional e internacional (KRUG et al., 2002, p. 4).

O Relatório sobre a Situação da População Mundial, publicação anual do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), trata de questões de interesse da atualidade relacionadas à população e desenvolvimento. As últimas três edições, 2010-2012, suscitam temas que perpassam pelo tema da violência contra a mulher ou violência de gênero. O Relatório de 2010 trata da violência em situações de guerra e de desastres naturais, ressaltando que

as mulheres raramente mantêm guerras, mas com demasiada frequência sofrem suas piores consequências. A violência de gênero, incluindo o estupro, é uma arma de guerra repugnante e cada vez mais conhecida de todos. O imediato tributo que ela cobra estende-se para muito além de suas vítimas diretas: rompe insidiosamente vínculos familiares, estilhaça sociedades e seus efeitos alcançam até as gerações futuras (NAÇÕES UNIDAS, 2010, p. ii).

Em países menos desenvolvidos como Moçambique, a generalizada violência doméstica é sintoma de uma situação na qual as mulheres têm pouca liberdade para tomar as decisões mais importantes de suas vidas, inclusive aquelas relativas à reprodução. Violência e alcoolismo são problemas constantes no seio de várias famílias. O Relatório de 2011 destaca ainda, que nos países de renda média também existem problemas de iniquidades na distribuição da riqueza e violência contra as mulheres ou negação de seus direitos (NAÇÕES UNIDAS, 2011).

A versão de 2012 do mesmo Relatório aborda o planejamento familiar como fator de direitos humanos e desenvolvimento e traz que para se assegurar saúde sexual e reprodutiva uma ampla escala de serviços tem de ser ofertada, incluindo a prevenção e vigilância da violência contra mulheres e atendimento às que são

agredidas. Destaca, ainda, que em todo o mundo milhões de mulheres não dispõem de meios para retardar a gravidez ou

não podem planejar suas famílias por falta de informação, educação e aconselhamento sobre planejamento familiar, não têm acesso a contraceptivos e enfrentam barreiras sociais, econômicas ou culturais, inclusive discriminação, coerção e violência, no contexto de suas vidas sexuais e reprodutivas (NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Desta forma, em resposta às recomendações dos organismos internacionais e às reivindicações do movimento de mulheres, o governo brasileiro tem buscado implementar políticas públicas de combate à violência, destacando-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída em 2001 e a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, considerada um avanço na legislação e um marco histórico para o enfrentamento da violência contra as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011a).

No âmbito da Saúde, a notificação compulsória de violência contra a mulher foi instituída em 2003 e tem sido implementada gradualmente. Em 2004 criou-se a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e instituiu-se o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher dentro do Sistema Único de saúde (SUS), aprovando instrumento e fluxo para notificação nos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

O Sistema de Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado pelo MS em 2006, a partir de dados de violência doméstica, sexual e outras formas de violência notificadas, na expectativa de dimensionar esta realidade e como garantia de direitos, de preservação da saúde e da vida e de articulação e integração com a rede de proteção social e de atenção integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Por fim, a Portaria nº 104/2011 inseriu definitivamente a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de doenças e agravos de notificação compulsória (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Ressalta-se que, complementar às ações do setor Saúde, a Secretaria de Políticas para as Mulheres criou em 2005 a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, um serviço de utilidade pública que orienta as mulheres em situação de violência sobre seus direitos. O atendimento é ininterrupto e tem como objetivo escutar, acolher e

informar as mulheres sobre onde podem recorrer caso sofram algum tipo de violência (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2012).

Os dados revelam que não se pode ignorar que “nem toda violência, sequer a maior parte das violências cotidianas, conduz necessariamente à morte de algum dos protagonistas implicados. Porém, a morte revela, *de per se*, a violência levada a seu grau extremo”. Sendo assim, utilizando a base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (MS) de 2010 para análise de homicídios, verificou-se que a taxa feminina do Brasil – 3,9 em 100 mil mulheres – é extremamente baixa se comparada a dos homens: 47,2 em 100 mil homens. Entretanto, se tomado como referência o contexto internacional, verifica-se que as taxas femininas no Brasil ainda são muito elevadas (WAISELFISZ, 2010).

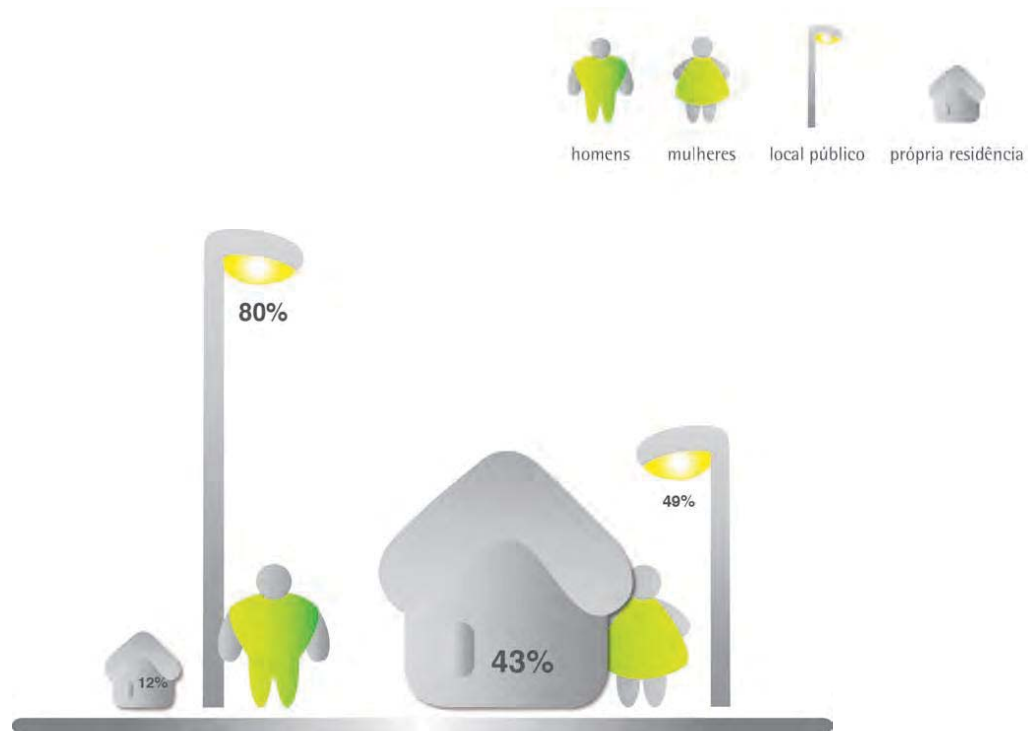
Entre 2000 a 2010 as principais causas de óbitos de mulheres brasileiras foram as doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Porém, na faixa etária de 10 a 29 anos, predominaram as causas externas, representados por 33,0% e 36,3% dos óbitos em 2000 e 2010, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Informações que confirmam e dimensionam a magnitude da violência na sociedade brasileira.

Destaca-se que a violência doméstica talvez não leve a tantos óbitos, mas sua parcela de morbidade é grande e as principais vítimas são mulheres e crianças negras desfavorecidas (REICHENHEIM et al., 2011). Esses autores ressaltam que:

no Brasil, a violência física entre parceiros íntimos segue um padrão regional, com prevalência mais elevada nas regiões Norte e Nordeste – as menos desenvolvidas, onde prevalece uma cultura patriarcal marcante e caracterizada pela desigualdade de gêneros -, em oposição às regiões Sul e Sudeste, historicamente mais desenvolvidas (REICHENHEIM et al., 2011, p.75).

O Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça analisa os indicadores relacionados aos níveis de vitimização da população brasileira, como resultado de informações levantadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Suplemento de Vitimização e Acesso a Justiça – referente à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009. A partir desta pesquisa, cuja amostra foi de 153.837 unidades domiciliares e 399.387 pessoas, torna-se possível identificar importantes

fenômenos no campo das desigualdades, relacionados especialmente à violência doméstica. Na Figura 1 apresentamos os dados desta pesquisa que confirmam a ideia de que a população masculina vivencia um tipo de violência praticada no espaço público, enquanto as mulheres enfrentam, com mais intensidade, a violência no espaço doméstico (IBGE, 2010; IPEA, 2011).



\*Os percentuais apresentados não somam 100% em função de não ser apresentada a categoria outros.

**Figura 1** - Distribuição da população de 10 anos ou mais de idade, que foi vítima de agressão física, segundo sexo e local da agressão\*. Brasil, 2009. Fonte: IPEA, 2011, p. 38.

É importante mencionar que em relação aos registros do sistema de vigilância do MS, no período de 2009 a 2010 foram notificados 57.372 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra adultos e destes, 41.144 (71,7%) contra a mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). A caracterização dos atendimentos da violência contra a mulher consta da Tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras violências contra as mulheres (20 a 59 anos de idade) – Brasil, 2009 e 2010

Características	(n=41.144) n	%
<b>Violência de repetição</b>	<b>15.254</b>	<b>37,1</b>
<b>Tipo de Violência*</b>		
Física	31.198	75,8
Psicológica/moral	14.304	34,8
Sexual	4.532	11,0
Tortura	1.324	3,2
Financeira	1.045	2,5
Negligência/abandono	566	1,4
Patrimonial	73	0,2
Tráfico de seres humanos	23	0,1
Outros	2.683	6,6
<b>Meio de Agressão*</b>		
Força corporal/espancamento	24.255	59,0
Ameaça	9.435	22,9
Objeto perfurocortante	3.947	9,6
Envenenamento	2.447	5,9
Objeto contundente	2.419	5,9
Enforcamento/sufocação	1.899	4,6
Arma de fogo	1.632	4,0
Queimaduras	362	0,9
Outros	4.442	10,8

\* Não corresponde a 100%, pois se trata de questão de múltipla escolha.

**Fonte:** Adaptado do Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a, p.140).

Quanto ao provável autor da agressão os dados revelam que a maior parte foi cometida por um único indivíduo (69,6%), do sexo masculino (62,3%) e que mantinha relação próxima com a vítima, na condição de cônjuge ou ex-cônjuge (37,8%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Estes dados corroboram as 14.955 denúncias ou relatos de violência recebidos pelo Ligue 180 no ano de 2007, em que 74,7% tiveram o namorado, cônjuge ou

companheiro como agressor (BONETTI; PINHEIRO; FERREIRA, 2008). Mais recente, o balanço semestral elaborado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres informa que entre os relatos dos primeiros meses de 2012, em 70,2% dos casos da violência doméstica contra a mulher o agressor é o companheiro ou cônjuge, subindo para 89,2%, quando considerados outros vínculos afetivos, como ex-marido, namorado ou ex-namorado da vítima (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2012).

No ano 2000, como resultado da articulação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás (SMS), Fórum Goiano de Mulheres e Fórum Goiano Pelo Fim da Violência, Exploração e Abuso Sexual Infante-Juvenil, foi implantada a Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência (RACAM), sendo que o compromisso das Instituições envolvidas foi firmado em uma Carta de Princípios, assinada por organizações governamentais e não governamentais, cujos objetivos constam no Quadro 2 (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2000).

**Quadro 2 - Objetivos do Projeto Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência Física, Psicológica e Sexual**

Objetivo geral	Objetivos específicos
<p>Implantar e implementar o atendimento às crianças, aos adolescentes e às mulheres em situação de violência física, psicológica e sexual, a partir da estruturação de uma rede de serviços envolvendo diversos atores, governamentais e não-governamentais, que atuam nas áreas de saúde, educação, assistência social e jurídica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Integrar os serviços de atendimento às Crianças, aos Adolescentes, às Mulheres e famílias envolvidas em situação da violência física, psicológica e sexual;</li> <li>○ Possibilitar atendimento individual e em grupos de apoio sócio-psicológico;</li> <li>○ Realizar acompanhamento sócio-familiar às mulheres, às crianças, aos adolescentes e famílias em situação de violência física, psicológica e sexual;</li> <li>○ Realizar uma capacitação continuada e de apoio aos profissionais que atenderão às mulheres, às crianças e aos adolescentes em situação de violência;</li> <li>○ Contribuir para a construção de Casas Abrigo para abrigar temporariamente mulheres, crianças e adolescentes que delas necessitarem;</li> <li>○ Informar e divulgar através de campanhas educativas todas as modalidades de violência cometidas contra mulheres, crianças e adolescentes.</li> </ul>

Fonte: Elaborado a partir do Projeto Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência Física, Psicológica e Sexual (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2000).

O significado de princípio de organização intersetorial, marca da RAMCA de Goiânia, está relacionada com a metamorfose sofrida no âmbito da esfera pública brasileira quanto à ideia de participação popular. Realidade observada pela multiplicidade de Instituições que a constituíram desde o início da RAMCA (CARVALHO; LUZ; ASSIS, 2007). Segundo esses autores:

outra característica da Rede é o fato de ela ser sustentada organicamente por pessoas que, embora participem dos quadros institucionais, foram sensibilizadas no contexto dos movimentos sociais (populares, sindicais, feministas, pela infância, etc.). Esses são, por assim dizer, o coração da rede: os que lhe dão vida e a fazem pulsar (CARVALHO; LUZ; ASSIS, 2007, p.46).

Atualmente a RAMCA de Goiânia é composta por quarenta e nove Instituições e suas ações são direcionadas por meio dos eixos: formação, estruturação, monitoramento e atendimento (RODRIGUES, 2012). Este autor destaca que, apesar dos avanços e da notoriedade nacional em função da articulação realizada, muitos desafios apontados no planejamento estratégico realizado em 2010 ainda precisam ser enfrentados.

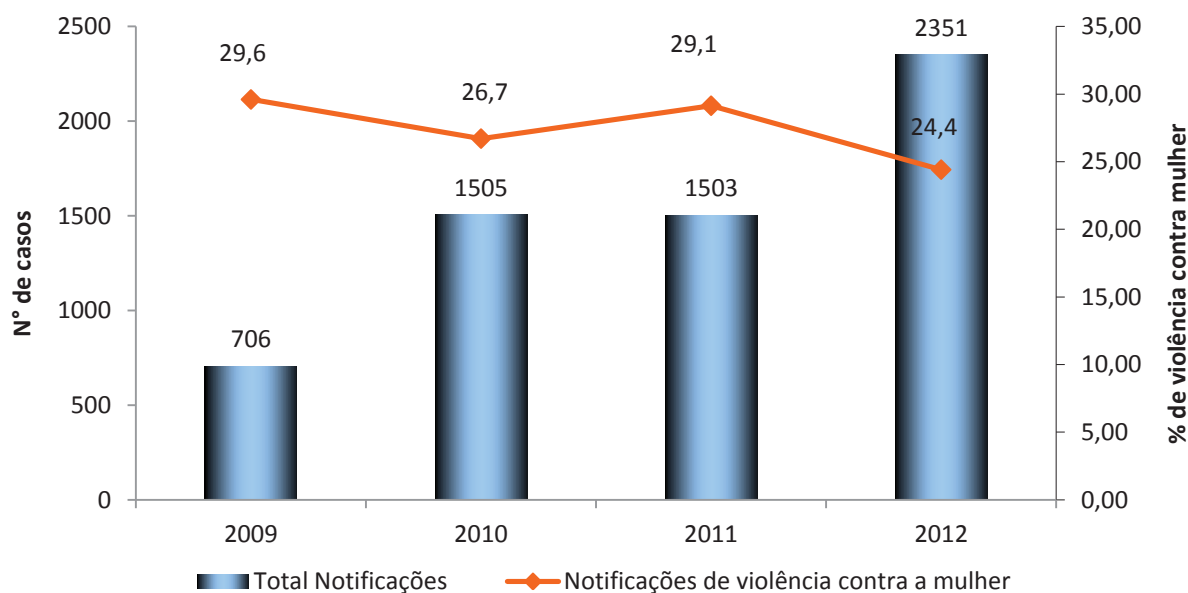
Em 2004 foi criado o Núcleo de Prevenção à Violência e Causas Externas e Promoção da Saúde (NPVS), para atuar na redução da morbimortalidade por violência e causas externas, prevenção e promoção da saúde, por meio de ações intersetoriais e articulando parcerias com o movimento social organizado (SECRETARIA DE SAÚDE, 2004). Porém, esta denominação foi alterada para Divisão de Vigilância das Violências e Promoção da Saúde em 2013.

Em relação à notificação dos casos de violência ocorridos em Goiânia, a criação de uma ficha surgiu da necessidade dos serviços de atenção que integravam a RACAM, pois “os profissionais desses serviços acreditavam que a ficha de notificação e a central de dados eram fundamentais para a qualificação dos encaminhamentos e o acompanhamento dos casos pelos serviços de diferentes níveis de atenção”. Sendo assim, em 2003 foi implantada a Ficha Multidisciplinar de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Violência (SILVA, 2007).

Ressalta-se que a experiência de Goiânia com a notificação de casos de violências apresentou uma característica inédita no país ao incluir a notificação de violências contra a mulher em todas as Unidades de Saúde mesmo antes da regulamentação pelo MS. Portanto, a SMS de Goiânia-GO participou do pré-teste da ficha de

notificação nacional e a partir de agosto de 2006 instituiu a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências aprovada pelo MS (SILVA, 2007).

Quanto aos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da SMS de Goiânia-GO, o total de casos notificados e o percentual de notificações de violência contra a mulher no período de 2009 a 2012 constam da Figura 2. Observa-se que as notificações de violência contra a mulher, na faixa etária de 20 a 59 anos, tem pouca alteração no período, apesar do crescente aumento no total das notificações.



**Fonte:** Sinan/SMS Goiânia-GO, dados disponibilizados pela Divisão de Vigilância das Violências e Promoção da Saúde.

**Figura 2** – Notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Goiânia, 2009 a 2012

Diante do contexto retratado, ressalta-se a importância das políticas públicas brasileiras de combate à violência contra a mulher e a instituição da notificação compulsória dentro do Sistema Único de Saúde, com adoção de instrumento e fluxo de notificação pelos serviços de saúde.

Sendo assim, frente à relevância do processo de notificação compulsória da violência contra a mulher e do papel do profissional de saúde no desenvolvimento dessa atividade no Município de Goiânia-Goiás, levantou-se a seguinte questão: como ocorre a notificação dos casos de violência contra a mulher no cotidiano dos profissionais? Estes se consideram preparados e tem subsídios para realizar a notificação?

Este estudo intenciona, também, servir como subsídio aos gestores públicos, profissionais e sociedade civil organizada na proposição de ações efetivas de capacitação de profissionais para a notificação da violência contra a mulher.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o conhecimento dos profissionais sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Analisar o conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de referência e contrarreferência e protocolo assistencial preconizado para a notificação dos casos de violência contra a mulher;

Investigar a compreensão dos profissionais sobre o papel da Rede de Atenção à Criança, Adolescente e Mulher em Situação de Violência;

Examinar se a notificação da violência contra a mulher é contemplada nas capacitações de profissionais promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A transição epidemiológica em curso no Brasil a partir da década de 40 caracteriza-se pela diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e ascensão das doenças e agravos não transmissíveis, em especial das causas externas. Desta forma, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, o MS instituiu em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Considerada um avanço na legislação e um marco histórico para o enfrentamento à violência contra as mulheres, a Lei Maria da Penha foi promulgada em 2006, dispondo sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e estabelecendo medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011a).

No âmbito da Saúde, a notificação de violência contra a mulher foi implementada gradualmente. O início do processo se deu com a Lei nº 10.778/2003, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher. Por sua vez, a Portaria MS/GM nº 936/2004 criou a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, mediante a implantação/implementação de núcleos locais, voltados para a atenção integral e proteção às pessoas e suas famílias em situação de violências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

A Portaria MS/GM nº 2.406/2004 instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher dentro do SUS e aprovou instrumento e fluxo para notificação nos serviços de saúde, devendo ser realizada todos os dias, em período integral, sempre que houver atendimento de um caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.356, implantou o Sistema de Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes (VIVA) a partir de dados de violência doméstica, sexual e outras formas de violência notificadas em serviços de

referência, na expectativa de dimensionar esta realidade e, ainda, como garantia de direitos, de preservação da saúde e da vida e de articulação e integração com a rede de proteção social e de atenção integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Destaca-se que um importante passo na busca de melhorar a VIVA se deu com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que definitivamente inseriu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, além de ampliar a obrigatoriedade da notificação aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de ensino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Em complementação às ações do setor Saúde, a Secretaria de Políticas para as Mulheres criou em 2005 a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, um serviço de utilidade pública que orienta as mulheres em situação de violência sobre seus direitos. O atendimento é ininterrupto e tem como objetivo escutar, acolher e informar as mulheres sobre onde podem recorrer caso sofram algum tipo de violência (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2012).

Nota-se, ainda, que em 2013 duas ações do governo brasileiro foram relevantes quanto à prevenção e atenção da violência contra a mulher. A Portaria MS/GM nº 528, que define regras para habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS e a aprovação da Lei nº 12.845, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b; BRASIL, 2013).

Desta forma, por ser complexo e multifacetado, o tema da violência tem sido um grande desafio aos pesquisadores. Portanto, este referencial teórico se constitui da delimitação conceitual de aspectos relevantes à investigação, como: violência, gênero, vigilância, rede de atenção à saúde e educação permanente em saúde.

### 3.1 Violência e Gênero – Abordagens Conceituais

A violência possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos. O vocábulo violência, de origem latina, vem da palavra vis, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro. No senso comum, violência é crime, corrupção e pecado, na visão erudita é instrumento de poder e negação de direitos (MINAYO, 2006).

Reconhecida como questão social e de saúde pública, é considerada mundialmente como violação dos direitos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006). Apresenta-se de forma expressiva no cotidiano dos atendimentos dos profissionais da saúde, seja qual for a sua área de atuação (SALIBA; GARBIN; GARBIN; DOSSI, 2007).

Portanto, o Ministério da Saúde adotou a definição de violência da OMS como:

o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p.5).

A violência não é uma fatalidade nem uma abstração, é um fenômeno de expressão e parte constitutiva dos processos históricos complexos, nos quais é possível intervir. Deve ser entendida como um fenômeno social que afeta a saúde e frente ao qual o setor tem um papel específico e complementar (MINAYO, 2005).

Sendo assim, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS traz que a violência, quanto à tipologia, se divide em três grandes categorias, segundo as características de quem comete o ato de violência: violência dirigida a si mesmo, violência interpessoal e violência coletiva (KRUG et al., 2002).

Nota-se, no que tange a questão de gênero, as mulheres tem sido alvo ao longo de décadas de todo tipo de violência, seja ela física, simbólica ou sexual, violência doméstica ou abuso sexual, geralmente provocada por parentes ou pessoas próximas a vítima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Neste sentido, Gomes; Minayo e Silva (2005) ressaltam que:

a visibilidade da violência contra a mulher, entendida como uma expressão da violência de gênero, deve muito de sua força ao movimento feminista que emergiu a partir da segunda metade do século XX. Sua estratégia de ação se centrou na desconstrução das seculares raízes culturais da inferioridade feminina e do patriarcalismo, nas denúncias das diversas formas de violência, nas tentativas de modificar as leis que mantinham a dominação masculina e na construção de novas bases de relação, protagonizada por mudanças de atitudes e de práticas nas relações interpessoais (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005, p. 119).

Desta forma, a violência contra as mulheres não pode ser compreendida sem levar em conta as relações entre homens e mulheres e a construção social, política e cultural destes papéis na sociedade, ou seja, a dimensão das relações de gênero. É um fenômeno relacional e social, que se dá na violação dos corpos e da saúde psicológica das mulheres. Seu enfrentamento requer a atuação do Estado e da sociedade na promoção de mudanças culturais, educativas e sociais, que somente serão efetivas se levarem em conta as dimensões que permeiam, também, a desigualdade social, tais como raça/etnia, geração, orientação sexual/identidade de gênero e classe (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011a).

É importante mencionar que gênero designa as relações sociais e culturais entre homens e mulheres, ou entre mulheres, ou, ainda, entre os homens, não enquanto apenas indivíduos deste ou daquele sexo, mas enquanto sujeitos sociais dotados de identidades e atribuições em razão de suas relações (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

### **3.2 Vigilância: Relevância e Dificuldades da Notificação da Violência contra a Mulher**

A violência doméstica, sexual e os maus tratos que vitimam diariamente as mulheres ainda não são dimensionados em sua real magnitude e gravidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a). Em busca de suscitar esta realidade, a legislação brasileira, tanto em relação à atenção quanto à notificação dos casos de violência, tem evoluído gradualmente. O Ministério da Saúde, por sua vez, tem buscado o aperfeiçoamento contínuo dos instrumentos de vigilância em saúde, procurando adequá-los às diversas políticas que promovem o avanço na efetivação dos princípios do SUS e na

inclusão e justiça social. Desta forma, tem feito eco a diversas políticas e documentos balizadores das ações no âmbito da saúde e em outros ministérios do campo social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo, feita à autoridade sanitária por profissionais de área ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte de dados da vigilância epidemiológica, fornecendo informações para tomada de decisão e análise do perfil da morbimortalidade da população nas três esferas de governo, no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b, 2011b).

É importante ressaltar que as normas, rotinas e o fluxo da notificação seguem o manual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Deve ser preenchida em duas vias, sendo que uma via fica na unidade de saúde notificante e a outra deve ser encaminhada para a vigilância epidemiológica da SMS, responsável pela entrada de dados no sistema, consolidação e análise dos dados, assim como a disseminação das informações. Todos os níveis do sistema devem produzir análises e disseminar as informações, além de retroalimentar os níveis anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Segundo o instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, do Sistema de Vigilância Epidemiológica do MS (VIVA),

a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra esses segmentos da população saia do “silêncio e do medo”, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas (vítimas e autores da agressão), localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b, p.7).

Desta forma, destaca-se que a informação sobre violência assume grande importância quando é reconhecida como um direito da sociedade e não como um produto de uso privado de instituições, sejam elas científicas, burocráticas, administrativas ou de comunicação (NJAINÉ et al., 1997). O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Sendo assim, o Sistema VIVA estabelece como objetos de notificação os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, sexual e outras violências, descritos no Quadro 3.

**Quadro 3 - Violências objetos de notificação compulsória.**

Tipo	Situação
Doméstica	Exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades. Também chamada de violência intrafamiliar.
Sexual	Exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades.
Autoprovocada	Violência que ocorre em ambos os sexos e em todas as idades. Inclui as tentativas de suicídio e os suicídios.
Tráfico de pessoas	Exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades.
Intervenção por agente legal público	Exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades.
Financeira/econômica ou patrimonial	Exercida nas situações em que a lei obriga a notificação de violências, ou seja, contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Esse objeto de notificação também se aplica às pessoas com graus severos de deficiência ou transtorno mental em função de sua grande vulnerabilidade.
Negligência/abandono	Exercida nas situações em que a lei obriga a notificação de violências, ou seja, contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Esse objeto de notificação também se aplica às pessoas com graus severos de deficiência ou transtorno mental em função de sua grande vulnerabilidade.
Violência contra a criança	Ambos os sexos, seja doméstica ou não, independentemente do tipo ou natureza da violência.
Violência contra adolescente	Ambos os sexos, doméstica ou não, independentemente do tipo ou natureza da violência.
Violência contra a mulher	Todas as idades, doméstica ou não, independentemente do tipo ou natureza da violência.
Violência contra pessoa idosa	Ambos os sexos, doméstica ou não, independentemente do tipo ou natureza da violência.
Trabalho infantil	Menores de 16 anos, ambos os sexos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos.

**Fonte:** Elaborado a partir do Viva: Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Reafirmando as ações do setor Saúde, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher prevê a ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência, com ações específicas que buscam a institucionalização dos serviços, indução da elaboração de protocolos, fluxos, procedimentos e normatização dos serviços em articulação com os Sistemas de Saúde, de Assistência Social e de Segurança Pública, Poder Judiciário e Ministério Público. Além de apoiar e articular a implantação da ficha de notificação nos serviços de saúde (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011a).

Então, para que a notificação cumpra seus objetivos informacionais e seja base para o planejamento de intervenções são necessárias ações intra e intersetoriais que demandem e promovam fluxos contínuos de dados (DESLANDES et al., 2011). No entanto, apesar de toda legislação que embasa a notificação das violências, as pesquisas revelam que são muitos os desafios a serem superados.

Instituída há alguns anos, a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes ainda não faz parte da rotina dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, uma vez que 55,6% dos participantes da pesquisa identificaram casos de maus-tratos infantis e não notificaram (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010). Em outro estudo, as prevalências detectadas por meio da busca ativa de casos na clientela atendida foram bastante altas e expressivamente superiores às estimadas com base nas fichas de notificação encaminhadas pelas equipes de plantão (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008).

Ressalta-se que nas consultas de pré-natal, se não houver uma queixa consistente de situação concreta de violência, com um sintoma associado, essa violência não é considerada (BONFIM; LOPES e PERETTO, 2010). As autoras acrescentam que a violência não é entendida e enfrentada como competência do profissional de saúde; as ações terapêuticas são voltadas apenas para os sintomas ou queixas aparentes; não é registrada, nem notificada, não é abordada e nem motivo de condutas.

Constata-se que os profissionais convivem diariamente com o problema crucial de enfrentar as dificuldades no manejo da situação das vítimas de violência: dificuldades técnicas para obtenção da assistência à saúde resolutiva por despreparo das equipes ou inexistência de insumos ou sistematização dos serviços

(LUNA; FERREIRA e VIEIRA, 2010). Estes autores sugerem, portanto, que a ampliação das redes de suporte profissional poderá reduzir o grau de insegurança profissional e incrementar o número de notificações. Apontam ainda que para se efetivar

a mudança de práticas de saúde em relação ao acolhimento e resolutividade de casos de violência é importante considerar a necessidade dos profissionais, quais as carências de saberes, para dessa forma atuar nas lacunas existentes. Não adianta fazer cursos com “fórmulas prontas”, é necessário construir o saber em parceria com os profissionais, dentro do contexto que cada um se encontra (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010, p. 490).

Em relação à análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências, destaca-se que o processo de registro da notificação compulsória para o grupo das mulheres é ainda muito falho (MINAYO; DESLANDES, 2009). E, ao discutir as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais, Gonçalves e Ferreira (2002) ressaltam que:

[...] vê-se que no Brasil a decisão de notificar não se prende à orientação geral da legislação, mas sim às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços, na sua maioria insuficientes (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p.317).

Acrescenta-se ainda, que nos três níveis de atenção o sistema de registro sobre acidentes e violências do MS é ainda pouco fidedigno e pouco eficiente. Existem inúmeras limitações, dentre elas, o subjetivismo com que muitos profissionais registram os fatos ou o puro e simples descaso na notificação (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO, o fluxo da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e outras violências contempla os níveis local, distrital e central. No Quadro 4 apresentamos o detalhamento dos procedimentos recomendados a cada nível.

**Quadro 4 – Fluxo da Notificação Compulsória dos Casos de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências do Município de Goiânia-GO**

<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>		
<b>Primeiro Passo</b> Preencher todos os campos da Ficha de Notificação dos Casos de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências e fazer breve relato sobre o caso no espaço destinado às informações complementares. Registrar na ficha todos os procedimentos e encaminhamentos realizados pela Unidade de Saúde.	<b>Segundo Passo</b> Registrar no prontuário do(a) usuário(a) a suspeita ou a confirmação da situação de violência. Arquivar a Ficha de Notificação dos Casos de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências em um local da Unidade que resguarde o sigilo.	<b>Terceiro Passo</b> Encaminhar uma via da Ficha de Notificação para o Distrito Sanitário com a assinatura de quem realizou o atendimento.
<p>Quando o profissional perceber riscos na sua identificação, grampear na ficha um comunicado justificando a sua não assinatura. Nesse comunicado o profissional deverá registrar o seu nome completo e o responsável pela Unidade assinar. Essa não é a regra, é a exceção;</p> <p>Quando o Distrito Sanitário solicitar uma complementação dos dados da ficha, a Unidade deverá providenciar o mais rápido possível. Se por algum motivo os dados solicitados não tiverem como ser coletados, devolver a ficha para o Distrito Sanitário imediatamente, justificando as dificuldades;</p> <p>Todo e qualquer profissional pode e deve realizar o preenchimento da Ficha de Notificação dos Casos de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências;</p> <p>No caso de vítima de violência ser uma mulher adulta orientá-la que faça a denúncia à Delegacia Especial de Atendimento à Mulher – DEAM (3201.2801/2802/2800)</p>		
<b>DISTRITO SANITÁRIO</b>		
<b>Primeiro Passo</b> Conferir se a ficha está devidamente preenchida. Caso falem informações, solicitar a Unidade que complemente os dados.	<b>Segundo Passo</b> Se a vítima for criança ou adolescente, encaminhar a denúncia para o Conselho Tutelar de sua Região e acompanhar os encaminhamentos necessários. Nos casos que o Ministério Público solicitar o acompanhamento de violência contra idosos e adultos deficientes realizar relatório (visitas domiciliares e atendimentos) e encaminhar ao Núcleo o relatório junto com a ficha de notificação.	<b>Terceiro Passo</b> Registrar os dados importantes das notificações de casos de violência para o controle interno do Distrito Sanitário e encaminhar uma via de todas as fichas para o Núcleo.
<b>NÚCLEO DE PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>		
<b>Primeiro Passo</b> Conferir se a ficha está devidamente preenchida.	<b>Segundo Passo</b> Encaminhar as fichas corrigidas para a digitação no Setor de Informações do Departamento de Vigilância Epidemiológica. Cópias das fichas de violência contra os idosos e deficientes devem ser enviadas ao Ministério Público.	<b>Terceiro Passo</b> Apoiar os Distritos Sanitários e as Unidades Básicas de Saúde nos encaminhamentos e atendimentos das pessoas em situação de violência.
Sistematizar, analisar e divulgar as informações registradas nas Fichas de Notificação de Casos de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências do Município de Goiânia.		

Fonte: Disponibilizado pela Divisão de Vigilância das Violências e Promoção da Saúde e transcrito pela pesquisadora.

### **3.3 Contribuições das Redes de Apoio no Enfrentamento da Violência Contra a Mulher**

Buscar a compreensão sobre o cotidiano da violência contra as mulheres implica em considerar suas dimensões habitual e natural e a demarcação no espaço privado, além da necessidade de não só dar visibilidade à problemática no âmbito da saúde, mas reconhecê-la como uma violação dos direitos no âmbito da sociedade (VIEIRA; PADOIN; PAULA, 2010). As autoras ressaltam a importância e necessidade da equipe profissional qualificada, a qual tenha nas redes de apoio subsídios para o enfrentamento dessa problemática.

É certo que a violência é um problema ainda de difícil enfrentamento e deve ser considerado como um obstáculo a ser vencido pelos profissionais de saúde e pela forma de organização das redes de atenção integral à pessoa vítima de violência (MASCARENHAS et al., 2011).

Ressalta-se que o conceito de rede é empregado por diversas áreas das ciências desde as primeiras décadas do século XX, emergindo na literatura em administração pública como resposta a um novo contexto, onde a coordenação centralizada no Estado já não é mais suficiente para garantir o resultado eficaz e eficiente das políticas públicas (OVERNEY, 2008).

As redes sociais são consideradas uma medida de política social que reconhece e incentiva a atuação das redes de solidariedade local; as redes unem os indivíduos, organizando-os de forma igualitária e democrática e em relação aos objetivos que possuem em comum; são estratégias utilizadas pela população para enfrentar seus problemas de saúde-doença, bem como os entraves da vida cotidiana (ROCHA; TAVARES; CARVALHO; ZANCAN, 2009).

Em vários países a superação da fragmentação da assistência tem sido buscada por meio da organização de redes de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010d), sendo que no Brasil essa tendência de gestão se apresenta de forma mais intensa na política de saúde após a Reforma Sanitária (OUVERNEY, 2008), quando buscavam contrapor sistemas voltados, prioritariamente, para as condições agudas

e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada (MENDES, 2011).

Segundo a OPAS (2012), a Região das Américas tem concentrado avanços e melhorias sustentadas na saúde de sua população, mas é fundamental a introdução progressiva de novos e inclusivos modelos de gestão, com uma composição multisetorial e com a presença da sociedade civil, da academia e do setor privado, que permitam gerar políticas, programas e ações mais convergentes e melhor coordenadas entre si.

Ao analisarem programas e instituições exitosas no enfrentamento e prevenção da violência entre populações mais vulneráveis, Gomes et al. (2010) ressaltam que,

na concepção de prevenção, para que as ações contra a violência no âmbito local ocorram, é fundamental a cooperação de grupos de trabalho dos diferentes setores que se articulam formalmente ou informalmente. Embora não haja comunicação contínua entre os diferentes níveis da rede, muitas respostas inovadoras aos problemas da violência surgem no âmbito local e no interior das próprias comunidades (GOMES et al., 2010, p.139).

Desta forma, os autores argumentam que “o papel que as redes de prevenção à violência pode desempenhar é importantíssimo para fortalecer o âmbito local, as comunidades e os pequenos grupos que engajam nessa tarefa” (GOMES et al., 2010).

Destaca-se que a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres contempla todos os eixos da Política Nacional: combate, prevenção, assistência e garantia de direitos. Entretanto, a rede de enfrentamento engloba a rede de atendimento, que refere-se especificamente ao eixo da assistência, que se restringe a serviços especializados ou não (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011b).

No âmbito do governo, segundo a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência é composta pelos seguintes serviços:

- Centros de Referência de Atendimento à Mulher;
- Núcleos de Atendimento à Mulher;
- Casas-Abrigo;

- Casas de Acolhimento Provisório;
- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher;
- Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns da Polícia Civil e Militar;
- Instituto Médico Legal;
- Defensorias da Mulher;
- Juizados de Violência Doméstica e Familiar;
- Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180;
- Ouvidorias;
- Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres;
- Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica;
- Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos;
- Núcleo da Mulher da Casa do Migrante (SECRETARIA DE POLÍTICA PARA AS MULHERES, 2011c).

Em legislação específica, o MS reforça que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c), sendo definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010d); são instrumentos de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades (KUSCHNIR e CHORNY, 2010);

No entanto, a definição de rede não é uma tarefa simples e não há um conceito único e, por conseguinte, diversas definições são adotadas por diferentes áreas a partir do contexto em que atuam. As redes podem ser consideradas mecanismos que permitem o compartilhamento de informações e experiências e a valorização do processo de comunicação, possibilitando a perpetuação do conhecimento de seus atores. Nesse sentido, o trabalho em rede torna-se um importante instrumento de apoio às atividades e à concretização de ações efetivas de saúde pública (OPAS, 2008).

A complexidade que envolve o SUS requer o aperfeiçoamento constante de mecanismos e estratégias de coordenação interorganizacional direcionados ao

sucesso do trabalho coletivo, fazendo da gestão de redes uma abordagem fundamental na organização assistencial, assim como na articulação estratégica de toda a política de saúde (OUVERNEY, 2008). Para tanto, não basta aglutinar serviços, uma rede requer uma estrutura compatível com o fim a que ela se destina, para que o conjunto de serviços tenha o seu potencial ampliado, haja a diminuição de custos, redução de desperdícios e aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão (ANDRADE; SANTOS, 2008).

Desta forma, alguns conteúdos são considerados básicos na estruturação das redes de atenção, como missão e objetivos comuns; ações cooperativas e interdependentes; trocas constantes dos recursos; organização poliárquica, em que todos os pontos de atenção são igualmente importantes e suas relações são horizontais (MENDES, 2011).

Complementando a conceituação de RAS, ressalta-se que

as unidades que compõem as redes de atenção à saúde devem estar distribuídas espacialmente, em territórios definidos, buscando acesso, efetividade e qualidade dos serviços; os serviços de maior densidade tecnológica devem ser ofertados de forma concentrada e os de menor densidade, de forma descentralizada, respeitando as especificidades locais; tem como princípios organizativos os territórios, as forma de integração horizontal e vertical das ações e dos serviços e diretrizes clínicas (Ministério da Saúde, 2012b, p. 30)

Considera-se ainda que a ferramenta essencial na organização da RAS é a gestão da clínica e sua principal tecnologia são as diretrizes clínicas, que se desdobram em protocolos assistenciais ou guias de prática clínica que, por sua vez, orientam linhas de cuidado, de forma a viabilizar a comunicação entre as equipes e serviços, com focos na programação das ações a serem prestadas e na padronização de recursos (OPAS, 2011).

Portanto, destaca-se que as linhas de cuidado se constituem em

uma estratégia de articulação de recursos e práticas entre as unidades de atenção em determinado território, visando a condução adequada das diversas possibilidades de diagnóstico e terapia, frente aos usuários do sistema de saúde, como resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância; pressupõe respostas globais e não fragmentadas dos diversos profissionais envolvidos no cuidado, possibilitando um continuum assistencial, tendo como processos estruturantes a pactuação, a contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas entre os diferentes pontos de atenção e seus profissionais (OPAS, 2011, p.25).

Em relação à normatização da atenção à mulher em situação de violência, o MS tem publicações que dizem respeito especificamente à violência sexual, como por exemplo: Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde; Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde; Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica (BRASIL, 2010e; 2011d; 2012d).

O fluxo de Atendimento a Pessoas em Situação de Violência de Goiânia-GO (Anexo 3) descreve as portas de entrada e os procedimentos prioritários a serem tomados pelo profissional da RAMCA, o qual consta em destaque a obrigatoriedade do preenchimento da ficha de notificação de violência.

### **3.4 Educação Permanente: Estratégia para Formação em Saúde**

O conceito de educação permanente começou a ser estruturado pela OPAS a partir da década de 80 com o objetivo de dar um novo direcionamento à Política de Educação na Saúde. Surgiu em oposição à educação continuada, caracterizada por uma educação parcelada, fora do contexto real das necessidades de saúde, pela forma verticalizada dos programas, pelo favorecimento do atendimento de determinadas profissões hegemônicas, pela separação entre a teoria e a prática, etc. No entanto, a educação permanente constitui-se ainda como uma das estratégias para enfrentar o aumento da demanda e a pressão popular pelo acesso à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Brasil, com a adoção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004, o conceito de educação permanente passa a ser visto como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores e também para mudança no sistema de saúde, colocando o processo de trabalho como centro do processo educativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Portanto, a PNEPS é apresentada como uma proposta capaz de superar as insuficiências dos programas anteriores e de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde. E, para alcançar estes objetivos, os processos de capacitação dos trabalhadores devem ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, além de serem estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Sendo assim, a aprendizagem significativa apresenta-se como pressuposto capaz de conferir à educação permanente a transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica sobre as necessidades reais de profissionais em ação na rede de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A educação permanente propicia a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS, que inclui a integralidade, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades, a capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

Sendo assim, os diferentes profissionais passam a ser sujeitos da produção de alternativas para a superação de problemas e a análise coletiva dos processos de trabalho permite a identificação dos “nós críticos” enfrentados na atenção ou na gestão e a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema, implicando um acompanhamento e apoio técnico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

Destaca-se que ao analisarem a Política de EPS por meio de projetos aprovados, técnicos do MS classificaram as ações de educação permanente em saúde segundo sua natureza. No Quadro 5 constam as ações relacionadas às atividades educativas e de formação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

**Quadro 5** - Caracterização das ações de educação permanente em saúde segundo sua natureza

Natureza	Ações de Educação Permanente em Saúde
Eventos educativos	Atividades, predominantemente, pontuais/momentâneas; Ações que se desenvolvem por meios não convencionais: teatro, dança, música, mídia, artes; oficinas, vivências, seminários, mesas redondas, palestras, fóruns de discussão, vídeos-debates, dinâmicas, jornadas, encontros.
Cursos	Cursos de Especialização: caracterizam-se enquanto tal. Cursos: referem-se a capacitações, complementação de qualificação, atualizações, aperfeiçoamento. Com carga horária que varia de 08 a 452 horas.

Fonte: Adaptado da Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um Estudo Exploratório de Projetos Aprovados pelo MS - Relatório Final (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 67).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Delimitação do objeto

Considerando as peculiaridades do objeto de estudo: “notificação da violência contra a mulher”, optou-se por utilizar nesta pesquisa o método qualitativo.

É importante ressaltar, que o método qualitativo

é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (...) além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante o processo de investigação (MINAYO, 2010, p.57).

Decidiu-se, ainda, pelo tipo exploratório, tendo em vista que as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 2007).

O estudo se desenvolveu em Goiânia, capital do Estado de Goiás, no ano de 2013. Fundado em 1935, o Município localiza-se na parte central do Estado, a aproximadamente 200 km de Brasília. A população estimada para 2012 foi de 1.333.767 habitantes, sendo 52,3% de mulheres e 61,0% entre 20 e 59 anos (DATASUS, 2013).

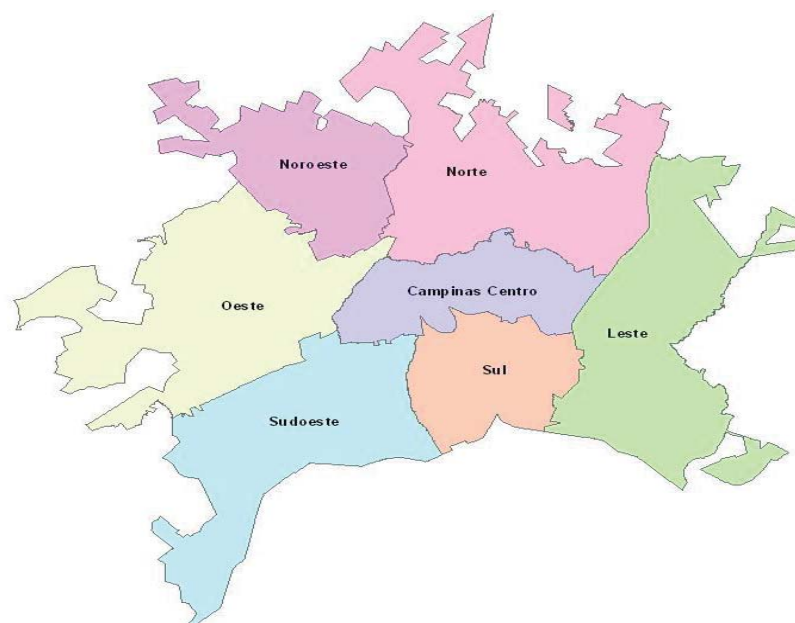
Goiânia possui indicadores globais que a qualifica como cidade com ótima qualidade de vida e com alto potencial de consumo. Entretanto, quando a análise se estende para o espaço metropolitano percebe-se a existência de grandes contradições que revelam outra faceta da realidade social, delineada pela fragmentação e pela segmentação social. Isso significa que os espaços desses territórios estão marcados

por forte segregação socioespacial, consequência do processo de desigualdades sociais que tem se manifestado também em outras cidades (MOYSÉS; SILVA, 2008).

A Região Metropolitana ou Grande Goiânia é formada por 12 municípios, com população estimada de 2.238.058 habitantes, sendo a Capital o núcleo polarizador. Quase a metade (45,5%) do incremento populacional se deu através de imigração de outros Estados e Municípios fora da metrópole e a média de deslocamento envolvendo todos os municípios é de 80%, ou seja, grande parte da população procura o polo metropolitano para resolver suas demandas por trabalho e educação, sem contar com outras necessidades tais como: saúde, assistência social e cultura (LIMA; MOYSÉS, 2009).

Em Goiânia, a Secretaria Municipal de Saúde está subdividida em 07 Distritos Sanitários (Figura 3) e a rede própria se constitui de 120 Unidades de Saúde, sendo:

- 63 Unidades de Atenção Básica Saúde da Família (UABSF);
- 22 Centros de Saúde;
- 14 Unidades de Saúde Mental;
- 14 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS);
- 02 Centros Integrados de Assistência Médica Sanitária (CIAMS);
- 02 Maternidades e
- 05 Unidades de Referências (SECRETARIA DE SAÚDE, 2012).



ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO, QUALIDADE E CONTROLE - CENTRAL DE INFORMÁTICA

Fonte: Plano Municipal de Saúde: Gestão 2010-2013 (SECRETARIA DE SAÚDE, 2012).

**Figura 3** - Município de Goiânia, segundo divisão em Distritos Sanitários.

## 4.2 Procedimentos Metodológicos

Os participantes do estudo foram os profissionais dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás, envolvidos com a atenção à mulher em situação de violência e/ou vigilância epidemiológica das violências, nos três níveis hierárquicos: em Unidades de Atenção Básica e de Referência, Distritos Sanitários e Nível Central. Portanto, foi composta por: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e dentistas.

Por sua vez, a amostra foi intencional, com escolha proposital e não aleatória, buscando incluir um número suficiente de depoimentos para garantir certa reincidência das informações e perspectivas, viabilizando o exercício interpretativo, pois em uma busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão (MINAYO, 2010).

Como a notificação é de responsabilidade do profissional de nível superior e buscando contemplar a diversidade existente entre os profissionais, em função de atividades tidas como relevantes para o objeto de estudo, definiu-se por entrevistar: profissionais da Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e da Divisão de Vigilância das Violências e Promoção da Saúde, de Distritos Sanitários, além de profissionais de saúde responsáveis pela assistência à mulher, lotados em Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, de Saúde Mental e do Centro de Referência do Idoso, abrangendo os sete Distritos Sanitários que compõem a SMS de Goiânia-Goiás.

A pesquisadora utilizou como critérios de inclusão dos profissionais:

1. Estar lotado em um dos três níveis hierárquicos da SMS/Goiânia-GO, em Unidades de Atenção Básica e de Referência, Distritos Sanitários e Nível Central;
2. Estar responsável pelo atendimento da mulher em situação de violência e/ou pela vigilância epidemiológica das violências;

Os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam a fazer mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica, sendo que o roteiro é sempre um guia que deverá favorecer a emergência de temas novos provocados por seu questionamento (MINAYO, 2010). Portanto, considerou-se pertinente utilizar como instrumentos o roteiro de entrevista e o roteiro organizativo da pesquisa documental.

O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) constou de uma parte inicial para caracterização do entrevistado, seguida de questões abertas e fechadas, que foram previamente formuladas objetivando contemplar elementos indispensáveis ao delineamento do objeto, ou seja, a notificação da violência contra a mulher em Unidades de Saúde de Goiânia: Unidades de Atenção Básica e de Referência, Distritos Sanitários e Nível Central.

Realizada pela pesquisadora de forma individual, a entrevista foi agendada, teve duração média de 30 minutos, e se deu no local de trabalho do profissional. Da

mesma forma que os pré-testes do formulário de entrevista foram realizados, com profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, em horários agendados e em seus locais de trabalho. O período de realização das entrevistas se estendeu de maio a setembro de 2013.

Para realização da entrevista foi escolhido um ambiente tranquilo para garantir o anonimato e privacidade dos sujeitos da pesquisa. Buscou-se evitar também interrupções e/ou ruídos que pudessem interferir no encaminhamento da entrevista ou na audição das gravações.

Antes das entrevistas foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), reforçando a segurança do anonimato, a participação voluntária, e garantindo o direito de desistência a qualquer momento da pesquisa, sem risco de penalizações. Desta forma, foi solicitada ao profissional sua assinatura e fornecida uma via do documento, também assinado pela pesquisadora.

A pesquisa documental foi realizada de março a maio de 2013 e baseou-se nos registros escritos e em arquivos digitais da SMS de Goiânia-GO referentes aos eventos e cursos de capacitação de profissionais que abordaram o tema da violência. A pesquisadora criou um roteiro organizativo (Apêndice B) e os dados foram coletados em documentos arquivados, especialmente nos relatórios da Escola Municipal de Saúde Pública, ligado à Diretoria de Gestão de Pessoal e Educação em Saúde, e do Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVS), ligado ao Departamento de Epidemiologia.

Constaram do roteiro da pesquisa documental: tipo do documento, setor responsável pela elaboração, título do evento ou curso, instituição promotora, data de realização, carga horária total, ementa e/ou programa, objetivos, conteúdo programático, quantitativo e categoria profissional dos participantes.

Para tratamento dos dados do presente estudo, tanto das entrevistas gravadas, quanto dos dados colhidos por meio da pesquisa documental, optou-se pela modalidade de análise temática baseada no referencial de Minayo (2010), organizada em três etapas: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após a escuta e transcrição das gravações das entrevistas, passou-se à organização e categorização dos dados. As categorias foram definidas a partir das questões norteadoras das entrevistas, que por sua vez buscavam atender aos objetivos da pesquisa. Foram extraídos os discursos relacionados a cada categoria e, na sequência, identificadas as ideias de cada entrevistado. Por fim, a pesquisadora sintetizou as ideias dos entrevistados em texto único, destacando os pontos relevantes das falas.

Para a realização da pesquisa documental considerou-se a Norma Brasileira NBR 6023:2002, que define documento como:

Qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem impressos, manuscritos, registros audiovisuais, sonoros, magnéticos e eletrônicos, entre outros (ABNT, 2002, p.2).

Sendo assim, o Centro Municipal de Formação em Saúde Pública disponibilizou os relatórios referentes aos anos de 2008 a 2012, em planilhas do Programa *Microsoft Excel* e que continham os dados: data, tipo do evento, carga horária, local, departamento ou setor responsável, perfil e número de participantes. A Divisão de Vigilância das Violências e Promoção da Saúde disponibilizou suas pastas de arquivos impressos e digitados, além dos relatórios anuais de atividades desde a criação do NPVS em 2004, e também um levantamento histórico denominado “Linha do Tempo” que foi elaborado para apresentação no II Seminário Nacional de Experiências na Atenção à Violência Doméstica e Sexual: Avanços, realizado em Goiânia no ano de 2008. Os registros da pesquisa documental foram digitados em planilha do Programa *Microsoft Excel* 2010, conforme o modelo organizativo criado pela pesquisadora.

Os resultados desta pesquisa foram apresentados e discutidos na sequência, utilizando-se de uma tabela como forma de sintetizar as informações obtidas pela pesquisa documental. Considerando o referencial teórico, buscou-se explorar ao máximo em que as respostas emitidas pelos profissionais e o levantamento documental contribuem para atender aos objetivos propostos.

### **4.3 Aspectos Éticos**

Os aspectos éticos essenciais à pesquisa científica foram considerados, assim como os requisitos propostos pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Com Parecer Consubstanciado, Protocolo nº 239/12, do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, esta pesquisa foi aprovada em reunião do dia 14 de janeiro de 2013 (Anexo 1).

Diante desta aprovação o Centro Municipal de Formação em Saúde Pública da SMS de Goiânia oficializou sua autorização por meio do documento “Encaminhamento de Pesquisa”, apresentando a pesquisadora aos diferentes locais envolvidos na pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Buscando atender aos objetivos da investigação, utilizou-se para coleta de dados: a pesquisa documental, realizada no período de março a maio, e entrevistas, que aconteceram de maio a setembro de 2013.

Participaram das entrevistas os profissionais das áreas envolvidas mais diretamente com a atenção às mulheres em situação de violência: medicina, enfermagem, odontologia, serviço social e psicologia, abrangendo os três níveis hierárquicos da Rede Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás, que estavam lotados em unidades de atenção básica, de referência, de emergência, Distritos Sanitários e nível central.

Foi entrevistado um total de 10 (dez) profissionais, sendo 08 (oito) do sexo feminino. Em relação à faixa etária, metade dos profissionais manifestou ter 50 anos e mais e em relação à formação acadêmica possuem mais de 06 anos de formados. Quanto ao tempo de atuação na SMS Goiânia-Goiás 08 (oito) dos entrevistados informaram ter menos de 10 anos de serviço, sendo que seis exercem a função de assistência, três a função de apoio técnico e um a de coordenação. O detalhamento do perfil dos entrevistados consta do Quadro 6.

Em relação ao entendimento sobre o papel do profissional na atenção à mulher em situação de violência, os profissionais manifestaram que o papel está relacionado às questões técnicas como: atender, tratar, notificar, fazer orientações, encaminhamentos e acompanhar. Todavia, metade dos entrevistados não citou a notificação como papel do profissional, sendo os profissionais das categorias psicologia (02), medicina (02) e enfermagem (1).

Destaca-se que alguns dos entrevistados informaram como papel do profissional: motivar a buscar apoio, acolher, ouvir e observar, oferecer apoio e inspirar confiança. Os profissionais referiram, ainda, como papel na atenção à mulher em situação de violência: esclarecer sobre a importância de registrar a ocorrência, intervir em relação à mulher e à sua família, subsidiá-la no que for preciso, além de fazer alguma coisa para prevenir ou mesmo denunciar o caso.

**Quadro 6 – Perfil dos profissionais entrevistados**

<b>Categoria Profissional</b>	
Enfermagem	2
Medicina	2
Odontologia	1
Psicologia	2
Serviço Social	3
<b>Sexo</b>	
Masculino	2
Feminino	8
<b>Faixa Etária (em anos)</b>	
20 a 29	2
30 a 39	2
40 a 49	1
50 e mais	5
<b>Tempo de Formação Acadêmica (em anos)</b>	
6 a 10	3
11 a 15	2
16 a 20	1
21 e mais	4
<b>Tempo de Atuação na SMS/Goiânia (em anos)</b>	
1 a 5	4
6 a 10	4
16 a 20	2
<b>Lotação</b>	
Unidade de Atenção Básica de Saúde	4
Unidade de Referência	1
Unidade de Emergência	1
Distrito Sanitário	2
Nível Central	2
<b>Função</b>	
Apoio Técnico	3
Assistência	6
Coordenação	1

**Fonte:** Elaborado a partir das entrevistas.

Sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher os profissionais informaram que a notificação é obrigatória em todas as Unidades de Saúde onde a vítima recebe o atendimento, deve ser feita ao Distrito Sanitário, tem finalidade epidemiológica e não policial. Foi relatado ainda, que a subnotificação pode ser decorrente da dificuldade em diagnosticar a violência, que existem resistências por parte de alguns profissionais e medos por parte de muitos. Alguns dos entrevistados disseram que a notificação pode ser feita de forma anônima. Ressalta-se que se por um lado um dos entrevistados informou que entende que a notificação tem função meramente estatística, outro mencionou sobre sua importância para definição de políticas públicas. Houve, ainda, a fala de que há profissionais com grande responsabilização para notificar, como: enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Em relação ao protocolo adotado pela SMS de Goiânia-GO, alguns entrevistados manifestaram que ele está em construção e por isso não está oficializado. Para outros, a SMS segue o protocolo do Ministério da Saúde. Por sua vez, alguns disseram que o protocolo define bem os passos para o atendimento e também para a notificação dos casos; evita a revitimização; está descrito em impressos, orientações e cartilhas disponíveis na Unidade de Saúde e, também, que é pouco utilizado.

No entanto, alguns dos profissionais afirmaram desconhecimento do protocolo e outros disseram que sabem apenas da existência de um protocolo médico específico para violência sexual. Em algumas falas o protocolo é citado como unidade de referência para encaminhamento e acompanhamento da mulher. Teve profissional que informou que teve acesso ao protocolo há vários anos, mas que se considera desatualizado; que não tem muito conhecimento; ou mesmo que não sabe descrevê-lo.

Ao serem solicitados a descrever os fluxos de referência e contrarreferência preconizados pela SMS Goiânia-GO para atenção à mulher em situação de violência, alguns dos profissionais entrevistados disseram que depende da situação da paciente e/ou do tipo de violência sofrida e citaram algumas das referências: Centro de Assistência Psicossocial (CAPS), Centro de Referência da Mulher, Delegacia Especial de Atenção à Mulher (DEAM), Instituto Médico Legal (IML),

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Hospital Materno Infantil (HMI) e Hospital e Maternidade Dona Íris (HMDI).

As Unidades de Referência mais citadas foram o Hospital Materno Infantil, mencionado como referência para os casos de violência sexual por 07 profissionais, e o IML por 05 profissionais. Três profissionais informaram que a mulher vítima de violência deve ser orientada a procurar a Delegacia Especial de Atenção à Mulher para denunciar o caso.

Segundo as falas de alguns dos profissionais, o atendimento em Unidades Básicas do Município e no HMI não requer agendamento prévio; que para atendimento psicológico pode ser necessário acionar as parcerias da RACAM; que existe um fluxo antigo; que a enfermeira seria mais indicada para falar sobre o assunto; que duas referências para Goiânia é pouco; que em caso de dúvida, recorre aos impressos ou ao Supervisor do Distrito Sanitário.

Quanto ao papel da RACAM, os entrevistados citaram a articulação com as Instituições para fazer valer o atendimento; capacitar profissionais; otimizar recursos humanos e materiais; dar retaguarda ao atendimento da Unidade de Saúde, seja no atendimento psicológico, abrigamento ou suprindo necessidades básicas da mulher; garantir os direitos da mulher; garantir referências para o atendimento; proteção e acompanhamento. Houve profissional que manifestou não saber qual o papel da Rede.

A questão sobre capacitação para a notificação dos casos de violência contra a mulher foi feita de forma direta aos profissionais da assistência, se eles se consideram capacitados. Aos profissionais que não estão na assistência optamos por perguntar se consideram que os profissionais das Unidades estão capacitados para notificar. Sendo assim, houve relato de que já foram feitas muitas capacitações, que existem profissionais empenhados, comprometidos, e que as notificações aumentam quando são motivados.

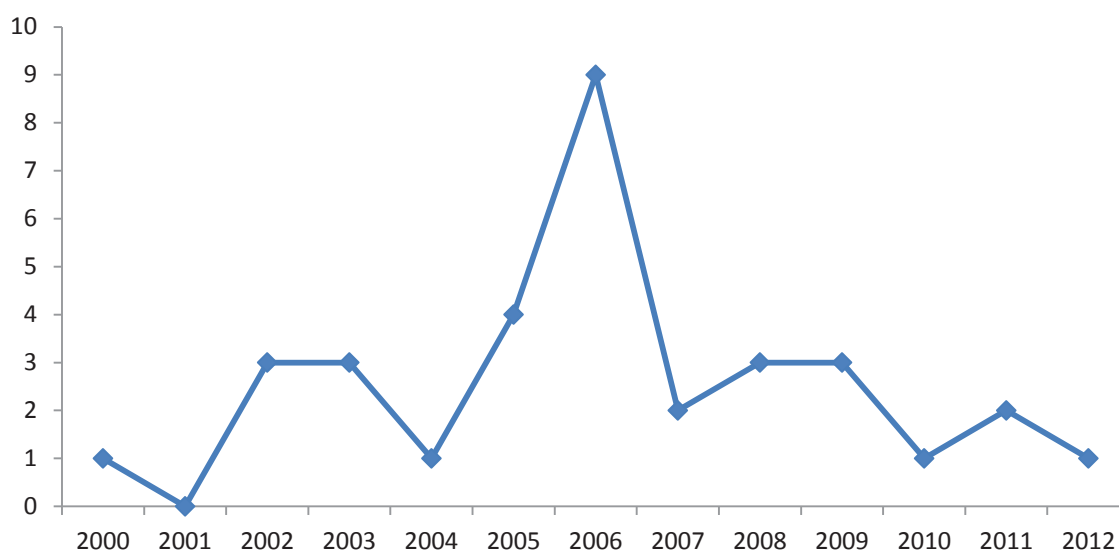
Alguns profissionais disseram que, havendo necessidade, buscam saber como notificar, procuram se informar, porém reconhecem a necessidade de constantes capacitações e atualizações. Um dos entrevistados manifestou que na Unidade de Atenção Básica não recebe esse tipo de caso. Porém, houve uma variedade de

respostas em que manifestaram as possíveis justificativas para a subnotificação, dentre elas: falta de tempo, falta de informação, grande rotatividade de servidores, medo, desconhecimento, ou mesmo, por não ser um militante comprometido com a causa.

Por sua vez, a pesquisa documental possibilitou a identificação de diversos documentos de interesse, segundo os períodos:

- 2000 a 2003 (anterior à criação do NPVS): um levantamento histórico denominado “Linha do Tempo” realizado pelo Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e destinado ao II Seminário Nacional de Experiências na Atenção à Violência Doméstica e Sexual: Avanços, realizado em Goiânia no ano de 2008;
- 2004 a 2012: os relatórios anuais de atividades do NPVS, além de outros documentos arquivados, como programações, cronogramas e/ou certificados dos cursos ou eventos, apresentação em *PowerPoint* (Programa *Microsoft*) e formulários de frequência de ações educativas.
- 2008 a 2012: os relatórios da Escola Municipal de Saúde Pública, cujos dados mais frequentes foram: data, evento ou curso, carga horária, local e procedência, perfil (número e função) e total dos participantes.

Ao longo dos anos investigados houve oscilação do número de eventos educativos ou cursos realizados, destacando-se que em 2001 não há nenhum evento registrado e em 2006 foram registrados nove. A série histórica do período analisado apresenta-se na Figura 4.



**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa documental.

**Figura 4** – Série histórica dos eventos educativos ou cursos com abordagem do tema da violência. Goiânia-GO, 2000 a 2012

Pode-se observar na Tabela 2 a frequência dos 33 (trinta e três) registros de eventos educativos ou cursos que continham o tema da violência e alguns aspectos relevantes coletados na pesquisa documental. Os eventos mais frequentes foram: seminário (21,2%), formação (15,2%), curso (12,1) e capacitação (9,1). A maioria teve como Instituição promotora a SMS de Goiânia-GO, entretanto, destaca-se que em 33,3% dos eventos educativos ou cursos houve a colaboração de parceiros.

Os dados mais frequentes encontrados nos materiais investigados foram os objetivos (66,7%). No entanto, a maior parte dos dados pesquisados não constava dos registros, como: carga horária (54,5%), ementa (75,8%), quantidade de participantes (57,6%) e categoria profissional (69,7%). Pode-se observar pela Tabela 2 que houve significativa variação desta frequência por evento educativo ou curso.

Destaca-se que, em relação à carga horária registrada, os cursos e capacitações tiveram em média 38 e 28 horas, respectivamente. Em relação ao número de participantes, os cursos tiveram participação de 212 e as capacitações de 81 profissionais, também em média.

Em relação às categorias profissionais, os registros foram pouco frequentes. Porém, vale ressaltar que os eventos educativos e cursos de capacitação que tiveram este registro contemplam as diversas profissões da saúde: assistência social, psicologia,

enfermagem, medicina, odontologia, nutrição, agente comunitário de saúde, fonoaudiologia, técnico de enfermagem, farmacêutico, arteterapeuta, além de profissões relacionadas à educação: professor, educador e pedagogia.

**Tabela 2 - Eventos educativos e cursos de capacitação de profissionais da SMS com abordagem do tema da violência. Goiânia-Goiás, 2000 a 2012**

Tipo	Quantidade		Instituição Promotora						Carga Horária				Ementa				Objetivos				Quantidade de Participantes				Categorias			
			SMS		SMS e Parceiros		Não Consta		Consta		Não Consta		Consta		Não Consta		Consta		Não Consta		Consta		Não Consta		Consta		Não Consta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Seminário	7	21,2	4	57,1	2	28,6	1	14,3	5	71,4	2	28,6	4	57,1	3	42,9	4	57,1	3	42,9	4	57,1	3	42,9	2	28,6	5	71,4
Formação	5	15,2	2	40,0	3	60,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	1	20,0	4	80,0	4	80,0	1	20,0	4	80,0	1	20,0	1	20,0	4	80,0
Curso	4	12,1	2	50,0	2	50,0	0	0,0	3	75,0	1	25,0	1	25,0	3	75,0	3	75,0	1	25,0	3	75,0	1	25,0	3	75,0	1	25,0
Capacitação	3	9,1	2	66,7	0	0,0	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3
Outros*	14	42,4	7	50,0	4	28,6	3	21,4	3	21,4	11	78,6	0	0,0	14	100,0	9	64,3	5	35,7	6	42,9	8	57,1	2	14,3	12	85,7
Total	33	100,0	17	51,5	11	33,3	5	15,2	15	45,5	18	54,5	8	24,2	25	75,8	22	66,7	11	33,3	19	57,6	14	42,4	10	30,3	23	69,7

\* Colóquio, articulação, sensibilização, visitas técnicas, grupo de estudo, oficina, supervisão continuada, etc.  
 Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir dos dados da pesquisa documental.

Destaca-se, ainda, que alguns dos objetivos, ementas, programas e/ou conteúdos programáticos encontrados suscitam temas intrínsecos à notificação, como nos exemplos descritos a seguir:

- 1 - Fluxograma da Rede de Atenção às Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência;
- 2 - Gênero, violência, desafios e metodologias de trabalho com mulheres vítimas de violência na área da saúde, planejamento e avaliação;
- 3 - Integrar os atores sociais envolvidos na elaboração de estratégias de enfrentamento das situações de violência, nos âmbitos governamental e não governamental, e qualificar o atendimento às pessoas vitimadas pela violência nas áreas de saúde, educação, assistência social e jurídica;
- 4 - Discutir o fluxo de atendimento da RAMCA;
- 5 - Compromisso e responsabilização dos profissionais – Códigos Penal e de Ética;
- 6 - Capacitar os profissionais da Rede Municipal de Saúde para o preenchimento do novo formulário de notificação;
- 7 - Esclarecer sobre o preenchimento das fichas de notificação;
- 8 - Discutir os dilemas enfrentados ao realizar o atendimento (notificação, procedimentos e fluxos) a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência;
- 9 - Sensibilizar para notificação das violências;
- 10 - Orientar profissionais quanto à notificação compulsória dos casos de violência;

## 6 DISCUSSÃO

É importante ressaltar a abrangência e riqueza dos dados coletos nesta investigação, tanto nas entrevistas, quanto na pesquisa documental. Desta forma, foram discutidos os aspectos que atendem aos objetivos da pesquisa, assim como outros que foram considerados pela pesquisadora como complementares ao estudo.

Ao analisarmos as manifestações dos profissionais entrevistados em relação ao entendimento sobre o papel do profissional na atenção à mulher em situação de violência, percebe-se que alguns procedimentos relatados vão além das questões meramente técnicas da assistência, especialmente: motivar a buscar apoio, acolher, ouvir e observar, oferecer apoio e inspirar confiança. O fragmento da fala de um dos entrevistados exemplifica esta questão:

*“[...] Então alguma coisa deve ser feito dentro daquela Unidade para tentar dar um apoio adequado àquela paciente, algum apoio, nem que seja pequeno, mas algum apoio tem que ser dado. [...] são três funções: acolher, ouvir e observar. [...] são três funções básicas do profissional de saúde”. (Entrevista 6 – Enfermagem)*

De maneira geral, os profissionais em suas falas mostraram-se sensíveis à questão da violência contra a mulher. No entanto, o relato abaixo nos remete às dificuldades de identificação da violência, informação levantada também em outras pesquisas (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008; BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010)

*“Eu creio que um atendimento, uma assistência como qualquer outra. O difícil é a gente identificar essa violência. Acho que isso que é o difícil, porque normalmente a paciente ela não relata para a gente. Pode talvez relatar durante um exame preventivo, alguma coisa assim. Mas ela na consulta normal, ela não relata. Mas o papel nosso é dar assistência como qualquer outra patologia e qualquer doença”. (Entrevista 4 – Medicina)*

Destaca-se que o fato da metade dos entrevistados não ter citado a notificação como papel do profissional pode sinalizar uma dificuldade de entendimento, porém, as conclusões de Minayo e Deslandes (2009) sobre as limitações do sistema de registro sobre acidentes e violências do MS, são que muitas vezes, decorrentes do subjetivismo com que os profissionais registram os fatos ou mesmo pelo puro e simples descaso na notificação. Desta forma, tornando-se necessária a inserção ou

aprofundamento deste conteúdo durante as capacitações dos profissionais, tendo em vista que a notificação da violência contra a mulher foi instituída em 2003, passando a compor a lista de doenças e agravos de notificação compulsória a partir de janeiro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, 2011b)

As entrevistas revelaram também que alguns profissionais entendem que a notificação é obrigatória, tem finalidade epidemiológica e deve ser realizada por quem realiza o atendimento. Evidenciando consonância com o que preconiza a legislação brasileira sobre a notificação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a; 2010b; 2011a; 2011b). Por outro lado, não condiz com a realidade da subnotificação dos casos suscitada em outros estudos (MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Mesmo não sendo uma questão feita pela pesquisadora, houve uma variedade de respostas em que os profissionais manifestaram as possíveis justificativas para a subnotificação, dentre elas: falta de tempo, falta de informação, grande rotatividade de servidores, medo, desconhecimento, ou mesmo, por não ser um “profissional militante” comprometido com a causa. Situação que merece intervenção por parte da SMS de Goiânia-GO, tendo em vista que o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, podendo responder pela omissão. Os códigos de ética ratificam o dever que os profissionais têm de zelar pela saúde e dignidade dos indivíduos sob seus cuidados. Desta forma, a conscientização da importância da notificação, a quebra de preconceitos e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar (SALIBA; GARBIN; DOSSI, 2007).

Em relação ao conhecimento sobre os fluxos de referência e contrarreferência e protocolo assistencial adotado pela SMS de Goiânia-GO, observou-se que não há um consenso entre os profissionais, especialmente, sobre a existência do protocolo. Alguns informaram a existência de protocolo médico específico para violência sexual e que está em construção um protocolo para assistência psicológica. Por outro lado, tiveram profissionais que apenas citaram unidades de referência, não evidenciando o conhecimento sobre o protocolo assistencial, conforme exemplificamos com alguns fragmentos das entrevistas:

*“Agora um protocolo da Secretaria de quais os passos, de tudo que acontece direitinho, o que deveria fazer, eu não tenho muito conhecimento, embora tenha feito várias capacitações. Mas eu tenho sempre dúvidas. Eu nunca sei direito como que acontece isso aí.”*  
(Entrevista 5 – Serviço Social)

*“Tendo que te falar isso hoje, eu não me recordo esse fluxo, esse protocolo não. Eu sei que a gente tem alguns impressos, algumas orientações, algumas cartilhas e que todas as vezes que a gente recebe uma pessoa nessa situação ou fica sabendo que tem alguém nessa situação a gente recorre a essas cartilhas, a esses manuais, mas descrever para você qual é esse protocolo eu não sei.”*(Entrevista 9 – Enfermagem)

*“Chegando na Unidade de Saúde, normalmente ela é atendida. É feito um primeiro atendimento ali. Dependendo do tipo de violência ela é encaminhada. Feito alguns encaminhamentos. Normalmente ela é encaminhada também, não só na área de saúde, mas ela é orientada na verdade, a procurar a Delegacia da Mulher. Mas é uma escolha dela. Ela vai se quiser. Não é obrigatório. Mas ela é orientada nesse sentido. Se for uma violência sexual, normalmente ela é encaminhada ou para o Materno Infantil ou para a Maternidade Dona Iris agora”.* (Entrevista 7 – Psicologia)

As divergências demonstradas pelos entrevistados em relação ao protocolo assistencial para atenção à mulher em situação de violência demonstra que os documentos em vigor talvez não correspondam ao protocolo assistencial, que é considerado como um desdobramento das diretrizes clínicas, que orientam as decisões assistenciais, seja na prevenção, promoção ou organização de serviços (OPAS, 2011).

Apesar de se verificar pouca clareza em relação ao protocolo, os profissionais foram unânimes em informar as principais referências para encaminhamento da mulher em situação de violência. Todavia, este resultado mostrou-se contrário ao encontrado em estudo realizado em serviços de saúde da rede pública da Grande São Paulo, onde se verificou a invisibilidade da violência contra mulheres na assistência à saúde, pois os profissionais entrevistados, em sua maioria, não encaminharam e desconheciam serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Ressalta-se que alguns dos profissionais entrevistados compreendem qual é o papel da RAMCA, enfatizando a articulação das Instituições, capacitação de profissionais

e a retaguarda ao atendimento da Unidade de Saúde. Selecionamos alguns trechos das falas dos entrevistados que se referem a esta questão:

*“[...] ela (a RAMCA) tem o papel fundamental de estar dando essa retaguarda nesse atendimento [...]”.* (Entrevista 2 – Serviço Social)

*“Em tese assim, eu acho que na verdade o papel é garantir os direitos dessa mulher ou da criança e do adolescente, não só direito à saúde, mas direito também a ter uma vida digna e passar por essas situações e ter um respaldo de toda a equipe de saúde”.* (Entrevista 3 – Odontologia)

No entanto, mesmo passados mais de treze anos da instituição da RACAM de Goiânia-GO, alguns dos profissionais entrevistados manifestaram pouca clareza ou mesmo desconhecimento sobre o papel da Rede. Os trechos a seguir ilustram este achado:

*“A violência sexual seria Materno Infantil em Goiânia, porta aberta, 24 horas. É o que sempre dizem para a gente. Outros atores da Rede eu não sei dizer”.* (Entrevista 4 – Medicina)

*“Já ouvi falar, mas não tenho muito claro como que funciona não. Já ouvi em alguma capacitação sim.”* (Entrevista 5 – Serviço Social)

*“Não sei se eu vou estar respondendo corretamente. Porque é assim. Dentro das nossas unidades básicas o papel é da notificação. É da notificação. Existem as referências, que é o Materno Infantil e agora hoje a gente tem a Dona Iris”.* (Entrevista 6 – Enfermagem)

*“Eu já ouvi falar. Mas assim, se agora alguém me perguntasse o que você faz, eu vou ter que recorrer a alguém. Eu sei que tem um Núcleo. Já estive com algumas pessoas do Núcleo de Violência. Mas, a Rede eu não saberia dizer”.* (Entrevista 8 – Psicologia)

O fato de haver profissionais que desconhecem a RACAM sinaliza um problema para o sistema de notificação da SMS de Goiânia-GO, tendo em vista que as redes de suporte profissional podem reduzir o grau de insegurança e incrementar o número de notificações (LUNA; FERREIRA e VIEIRA, 2010).

Em relação à capacitação para a notificação dos casos de violência contra a mulher, a maioria dos profissionais entrevistados informou estar capacitada, todavia, admite a necessidade de constantes capacitações e atualizações.

Ressalta-se que a escassez dos registros encontrados limitou os resultados da pesquisa documental. Verificou-se o esforço da SMS Goiânia-GO em capacitar os

profissionais em relação à notificação da violência contra a mulher, entretanto, os registros não possibilitaram verificar se os trinta e três eventos educativos ou cursos desenvolvidos de 2000 a 2012 favoreceram aos profissionais a reflexão crítica sobre as necessidades de saúde da população, a partir da problematização do processo de trabalho, como preconiza a PNEPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ressalta-se que os eventos educativos tinham as mais variadas denominações, sendo que as mais frequentes foram: seminário (21,2%), formação (15,2%), curso (12,1) e capacitação (9,1). A maioria teve como Instituição promotora a SMS de Goiânia-GO e destaca-se que em 33,3% dos eventos educativos ou cursos houve a colaboração de parceiros.

Considerando-se que a notificação, apesar de crescente, ainda não reflete a realidade da violência contra a mulher no Município de Goiânia, e que a maioria dos profissionais informaram estar capacitados. Podemos concluir que talvez as capacitações realizadas nos últimos anos foram pouco efetivas.

Como eventos educativos mais frequentes os seminários talvez sejam pouco adequados na abordagem do tema violência, tendo em vista, que seguem o modelo de educação tradicional.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher é uma realidade que a sociedade tem se esforçado em superar e, ao longo das últimas décadas, os movimentos populares e governamentais, nacionais e internacionais, resultaram em inúmeras ações de enfrentamento deste agravo pelo governo brasileiro.

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO foi pioneira com a criação da Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência e na notificação dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências. Iniciativas que merecem destaque, especialmente, ao considerarmos que o conceito de rede de atenção à saúde no SUS é muito recente e também porque anteciparam as intervenções realizadas pelo Ministério da Saúde.

A presente pesquisa evidenciou que existem profissionais da SMS de Goiânia-GO que sabem como proceder para notificar os casos de violência contra a mulher, mas, por outro lado, existem deficiências no entendimento por parte de alguns dos profissionais. Desta forma, considera-se que as capacitações de profissionais sobre o tema da notificação da violência contra a mulher devem se adequar às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e seus registros precisam ser qualificados, possibilitando posteriores estudos de efetividade destas ações.

Em relação à Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência de Goiânia-GO considera-se necessária uma ampla e contínua divulgação de suas ações aos profissionais da SMS Goiânia-GO.

## 8 REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; SANTOS, L. Redes interfederativas de saúde e o SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p. 27-34, 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
- BONETTI, A.; PINHEIRO, L.; FERREIRA, P. **Violência contra as mulheres e direitos humanos no Brasil: uma abordagem a partir do Ligue 180**. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambú, 2008 (Versão preliminar). Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1008.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1008.pdf)>. Acesso em: 22 mai. 2012.
- BONFIM, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, n. 14, p. 97-104, 2010.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha), de 07 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 ago. 2006.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 ago. 2013.
- CARVALHO, L. do N.; LUZ, I. C. da; ASSIS, N. de. Rede de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: Movimento Social ou Organização Intersetorial de Serviços? In: OLIVEIRA, M.L.M.; SOUSA, S.M.G. (Org.). **(Re) Descobrimos faces da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2007.
- DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popgo.def>> Acesso em: 18 abr. 2013.
- DESLANDES, L.; MENDES, C. H. F., LIMA, J. de S.; CAMPOS, D. de S. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 1633-1645, ago. 2011.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª Ed. São Paulo: São Paulo, 2007.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S.; SILVA, C. F. R. da. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K.; SCHENKER, M. **Êxitos na prevenção da violência**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 315-319, jan.-fev. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª Ed. Brasília: Ipea, 2011.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 1943-1952, 2011.

KRUG, E. G. et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Geneva: WHO, 2002.

KUSCHINIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 2307-2316, 2010.

LIMA, J. J. F.; MOYSÉS, A. (Org.). **Como andam Belém e Goiânia**. Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Metrópoles, 2009.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 481-491, 2010.

MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. M. A. da; MALTA, D. C.; MOURA, L. de; MACÁRIO, E. M.; GAWRYSZEWSKI, W. P.; et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, n. 18, p. 17-28, 2009.

MASCARENHAS, M. D. M.; MONTEIRO, R. A.; SÁ, N. N. B. de; GONZAGA, L. A. A.; NEVES, A. C. M. das; SILVA, M. M. A. da et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1641-1649, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mai. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde: Relatório Final**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008a. (Painel de Indicadores do SUS, 5).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 4.729, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2010d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e. (Série F. Comunicação e Educação) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 7)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (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**, 26 jan. 2011a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a

assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Publicada no **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Serie Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 3)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Mortalidade feminina no Brasil: evolução no período de 2000 a 2010. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 528, de 1º de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 abr. 2013b.

MOURA, A. T. M. S; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 2926-2936, 2008.

MOYSÉS, A.; SILVA, E. R. Ocupação e urbanização dos cerrados: desafios para a sustentabilidade. **Cadernos Metrópole**, n. 20, p. 197-220, 2008.

NAÇÕES UNIDAS. **Do conflito e crise à renovação: gerações da mudança. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2010**. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2010.

NAÇÕES UNIDAS. **Pessoas e possibilidades em um mundo de 7 bilhões. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011**. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2011.

NAÇÕES UNIDAS. **Por escolha, não por acaso - Planejamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2012**. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2012.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **ONU e as mulheres**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-mulheres/>> Acesso em: 10 abr. 2013.

NJAINE, K.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 405-414, jul.-set. 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas**. Brasília: OPAS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas: edição de 2012. Panorama regional e perfis de países**. Washington, DC: OPS, 2012.

OUVERNEY, A. M. – Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 12-22, 2008.

PECOTCHE, C. B. G. **Coletânea da Revista Logosofia**. São Paulo: Logosófica, 2005.

PREFEITURA DE GOIÂNIA. **Projeto Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência Física, Psicológica e Sexual**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2000.

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E. R.; MORAES, C. L.; MELLO JORGE, M. H. P.; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C. de S. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **THE LANCET**. Séries Saúde no Brasil 5. Publicado Online em 09 de Maio de 2011. Disponível em: < <http://www.thelancet.com> >. Acesso em: 03 set. 2011.

ROCHA, R. M. da; TAVARES, M. F. L.; CARVALHO, A. I.; ZANCAN, L. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: OLIVEIRA, R. G. de; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Org.) **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, p. 379-398, 2009.

RODRIGUES, D. de J. da S. Rede Goiana de Pesquisa nas Situações de Violência contra Crianças e Adolescentes. In: SOUSA, S. M. G. de; MOREIRA, M. I. C. (Org.). **Atendimento psicossocial de crianças e adolescentes em situação de abuso sexual**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2012.

SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 41, p. 472-7, 2007.

SCHRAIBER, L. B. L. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 36, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 40, p. 112-20, 2006.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 205-216, 2009.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (Brasil). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011a.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (Brasil). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011b.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (Brasil). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011c.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (Brasil). **Balço semestral – janeiro a junho/2012. Ligue 180. Central de Atendimento à Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE. **Portaria nº 698/2004**. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretário. Goiânia, 24 nov. 2004.

SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde: Gestão 2010-2013**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

SILVA, M. A. A. da. Notificação Compulsória dos Casos de Violência no Sistema Único de Saúde: Contribuições de Goiânia. In: OLIVEIRA, M. L. M.; SOUSA, S. M. G. (Org.). **(Re) Descobrimo faces da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2007.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. **Cienc Cuid Saude**, n. 9, p. 383-389, 2010.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2010: Anatomia dos homicídios no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.

## ANEXOS

## Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 14 de janeiro de 2013.

### PARECER CONSUBSTANCIADO Protocolo n. 239/12

- I- Título do Projeto:** *Uma avaliação da notificação de violência contra a mulher em Goiânia*
- Pesquisadora responsável:** Elza Gomes Finotti Nogueira
- Orientadora:** Marta Rovey de Souza
- Instituição onde será realizado o estudo:** Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFG
- Data de apresentação ao CEP/UFG:** 14/12/2012
- Área Temática:** grupo III.

Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares, em particular sobre:

#### II – Estrutura do Protocolo

Todos os documentos necessários constam no protocolo:

- 1- Ficha de Protocolo do Projeto de Pesquisa –CEP;
- 2- Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo seres humanos;
- 3- Roteiro para Entrevista;
- 4- Roteiro para pesquisa Documental;
- 5- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações sobre a pesquisa;
- 6- Termo de consentimento para participação da pessoa como sujeito da pesquisa;
- 7- Declaração de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para a pesquisa;
- 8- Projeto de Pesquisa.

#### III – Projeto de pesquisa

##### a) Descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto.

Segundo a autora, na página 4 “No Brasil, em relação à legislação, a notificação de violência contra a mulher foi conquistada gradualmente. O início do processo se deu com a Lei nº 10.778/2003, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher. Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, que atribuiu ao MS a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela. No mesmo ano, a Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio, criou a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, mediante a implantação/implementação de

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus  
Sambamba (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.  
Email: cep.prppg.ufg@gmail.com

13

## Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (continuação)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



núcleos locais, voltados para a atenção integral e proteção às pessoas e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2011b).”

O objetivo principal da pesquisa é conhecer o entendimento dos profissionais sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Como objetivos específicos a autora deseja investigar o entendimento dos profissionais sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher; analisar o conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de referência e contrarreferência e protocolo clínico preconizados para a notificação dos casos de violência contra a mulher; investigar a compreensão dos profissionais sobre o papel da Rede de Atenção à Criança, Adolescente e Mulher em Situação de Violência; analisar se o tema da notificação da violência contra a mulher é contemplado nas capacitações de profissionais promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

### b) Análise das questões éticas.

O projeto está baseado em entrevistas a profissionais de saúde envolvidos com a violência contra as mulheres através das notificações da SMS e do comitê contra a violência. Na maneira como está pensado e estruturado não apresenta problemas éticos aos participantes, uma vez que está garantido o sigilo dos sujeitos da pesquisa. Outrossim, como este assunto é muito importante para a sociedade atual, pode contribuir para uma maior transparência e conhecimento da violência contra a mulher, permitindo, talvez, políticas públicas mais eficazes.

### c) Descrição da metodologia do projeto.

Propõe-se um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratória, que será realizado em Goiânia, na Secretaria Municipal de Saúde, a partir de março de 2013. O universo de estudos será composto pelos profissionais envolvidos com a atenção à mulher em situação de violência e/ou vigilância epidemiológica das violências, nos três níveis hierárquicos da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia: em Unidades de Atenção Básica e de Referência, Distritos Sanitários e Nível Central. A amostra buscará incluir um número de depoimentos até que haja certa reincidência das informações e perspectivas.

Os profissionais envolvidos serão de nível superior e envolvidos com o sistema de notificação da violência: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e odontólogos. Serão incluídos na pesquisa o s que aceitarem e assinarem o termo de consentimento informado e respondendo às questões da entrevista. Serão ainda entrevistados os (as) diretoras das Diretorias de Atenção à Saúde e de Vigilância à Saúde, do Departamento de Epidemiologia, Chefe da Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, profissionais do Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, diretoras técnicas e profissionais de Distritos Sanitários, e profissionais que prestam assistência à mulher, lotados em Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Mental, abrangendo os sete Distritos Sanitários que compõem a SMS.

Serão realizadas entrevistas e levantamento de documentos escritos, visuais e audiovisuais, da  
Comitê de Ética em Pesquisa/CEP  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFV, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus  
Samambaia (Campus II) - CEP: 74001-970, Goiânia - Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.  
Email: cep.prppg.ufv@gmail.com

## Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (continuação)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, referentes aos eventos de capacitação de profissionais que incluam o tema da violência.

**d) Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos.**

A pesquisadora afirma não haver riscos para os sujeitos da pesquisa e eles são informados que podem retirar-se do estudo no momento em que assim desejarem. Não há previsão de benefícios tampouco.

**e) Adequação das condições para realização da pesquisa.**

O custo total do projeto é de R\$ R\$ 7.255,00. A pesquisadora afirma que será de sua responsabilidade o custeio da pesquisa. Há a previsão de aquisição de equipamento (notebook) e de participação em eventos, sempre custeadas pela pesquisadora.

Foram apresentados endereços eletrônicos dos currículos lattes da pesquisadora e da orientadora.

**IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

- Avaliação do processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- O termo de consentimento é claro e traz as informações necessárias para a informação sobre a pesquisa.
- Verificação das garantias de privacidade e confidencialidade. No termo de consentimento está garantido o sigilo quanto aos sujeitos.

**V– Parecer do CEP:** consideramos o Protocolo n. 239/12 **Aprovado.**

**VI – Data da reunião: 14/01/2013**

  
**Prof. João Batista de Souza**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP

  
**Prof. João Batista de Souza**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus Samambaia (Campus II) - CEP: 74001-970, Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.  
Email: cep.prppg.ufg@gmail.com

3/3  
155

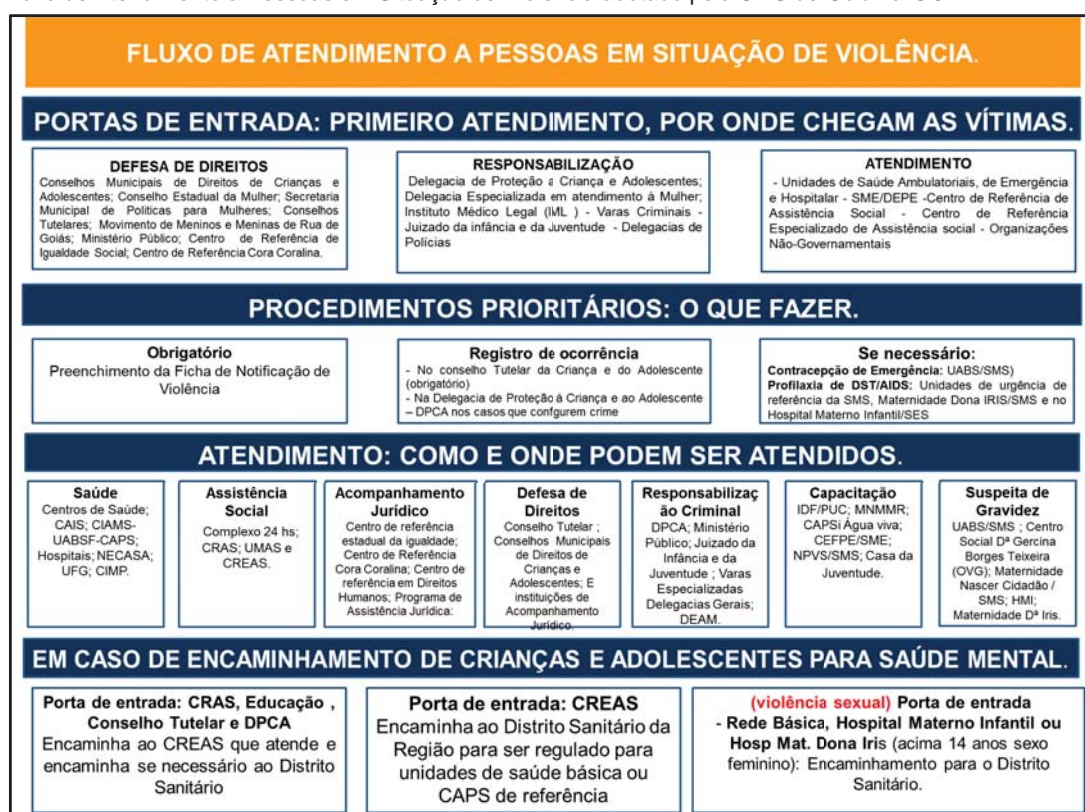
## Anexo 2 – Ficha de notificação/ investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do Sinan/MS (frente)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>				
<b>Definição de caso:</b> Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).				
<b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o <b>art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente</b> . Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher ( <b>Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003</b> ) e maus tratos contra a pessoa idosa ( <b>artigo 19 da Lei no 10.741/2003</b> ).				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravo/doença	<b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>	Código (CID10) Y09
	3	Data da notificação		
Dados Gerais	4	UF	5	Município de notificação
			Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)
Notificação Individual	7	Data da ocorrência da violência		
	8	Nome do paciente		9
	9	Data de nascimento		
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
	12	Gestante		13
	13	Raça/Cor		
Notificação Individual	14	Escolaridade		
	15	Número do Cartão SUS		16
	16	Nome da mãe		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência
			Código (IBGE)	
	19	Distrito		
Dados de Residência	20	Bairro		21
			Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)
Dados de Residência	24	Geo campo 1		
	25	Geo campo 2		26
	26	Ponto de Referência		27
Dados de Residência	27	CEP		
	28	(DDD) Telefone		29
	29	Zona		30
<b>Dados Complementares</b>				
Dados da Pessoa Atendida	31	Ocupação		
	32	Situação conjugal / Estado civil		33
	33	Relações sexuais		
Dados da Pessoa Atendida	34	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		35
	35	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		
	36	UF		37
Dados da Ocorrência	37	Município de ocorrência		
			Código (IBGE)	
	38	Distrito		
Dados da Ocorrência	39	Bairro		40
			Logradouro (rua, avenida,...)	
	41	Número	42	Complemento (apto., casa, ...)
Dados da Ocorrência	43	Geo campo 3		44
	44	Geo campo 4		
	45	Ponto de Referência		46
Dados da Ocorrência	46	Zona		47
	47	Hora da ocorrência		
	48	Local de ocorrência		49
Dados da Ocorrência	49	Ocorreu outras vezes?		
	50	A lesão foi autoprovocada?		
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET	

## Anexo 2 - Ficha de notificação/ investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do Sinan/MS (verso)

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Outro
Consequências da violência	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Lesão	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental
Dados do provável autor da agressão	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Transtorno comportamental
	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
Evolução e encaminhamento	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	10 - Queimadura		
	02 - Corte/perfuração/laceração	05 - Amputação	08 - Politraumatismo	11 - Outros		
Informações complementares e observações	03 - Entorse/luxação	06 - Traumatismo dentário	09 - Intoxicação	88 - Não se aplica	99 - Ignorado	
	59 Número de envolvidos			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
1 - Um <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Pai			
2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge			
9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Namorado(a)			
			<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos			
			<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)			
			<input type="checkbox"/> Cuidador(a)			
			<input type="checkbox"/> Patrão/chefe			
			<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional			
			<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei			
			<input type="checkbox"/> Própria pessoa			
			<input type="checkbox"/> Outros			
			61 Sexo do provável autor da agressão			
			1 - Masculino <input type="checkbox"/>			
			2 - Feminino <input type="checkbox"/>			
			3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/>			
			9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
			62 Suspeita de uso de álcool			
			1- Sim <input type="checkbox"/>			
			2 - Não <input type="checkbox"/>			
			9- Ignorado <input type="checkbox"/>			
63 Encaminhamento no setor saúde			64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
1 - Encaminhamento ambulatorial			<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)			
2 - Internação hospitalar			<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM			
8 - Não se aplica			<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher			
9 - Ignorado			<input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude			
			<input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente			
			<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS			
			<input type="checkbox"/> Casa Abrigo			
			<input type="checkbox"/> Outras delegacias			
			<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)			
			<input type="checkbox"/> Programa Sentinela			
			<input type="checkbox"/> Ministério Público			
			<input type="checkbox"/> Outros			
65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/>			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			
68 Classificação final			67 Circunstância da lesão			
1 - Confirmado <input type="checkbox"/>			CID 10 - Cap XX			
2 - Descartado <input type="checkbox"/>						
3 - Provável <input type="checkbox"/>						
8 - Inconclusivo <input type="checkbox"/>						
69 Evolução do caso			70 Se óbito por violência, data			
1 - Alta <input type="checkbox"/>			71 Data de encerramento			
2 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/>						
3 - Óbito por Violência <input type="checkbox"/>						
4 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/>						
9 - Ignorado <input type="checkbox"/>						
<b>Informações complementares e observações</b>						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
<b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180		<b>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes</b> 100		
Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008		

Anexo 3 – Fluxo de Atendimento a Pessoas em Situação de Violência adotado pela SMS de Goiânia-GO



## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Entrevista n° \_\_\_\_\_

<b>1. Caracterização do entrevistado</b>	
1.1. Categoria Profissional	(1) Enfermagem (2) Medicina (3) Odontologia (4) Serviço Social (5) Psicologia (6) Outra _____
1.2. Sexo	(1) Masculino (2) Feminino
1.3. Faixa etária	(1) 20 a 29 (2) 30 a 39 (3) 40 a 49 (4) 50 e mais
1.4. Tempo de formação acadêmica	(1) 1 – 5 anos (2) 6 – 10 anos (3) 11 – 15 anos (4) 16 – 20 anos (5) 21 e mais
1.5. Tempo de atuação na SMS/Goiânia	(1) 1 – 5 anos (2) 6 – 10 anos (3) 11 – 15 anos (4) 16 – 20 anos (5) 21 e mais
1.6. Lotação	(1) Unidade de Atenção Básica de Saúde (2) Unidade de Referência (3) Distrito Sanitário (4) Nível Central
1.7. Função	(1) Assistência (2) Coordenação (3) Apoio técnico (4) Outra _____

**APÊNDICE A – Roteiro de entrevista****(continuação)****2 – Questões norteadoras sobre notificação da violência contra a mulher na SMS/Goiânia**

1. Qual seu entendimento sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher pelos profissionais da SMS/Goiânia?
  
2. Fale sobre o protocolo adotado pela SMS/Goiânia para atenção à mulher em situação de violência.
  
3. Descreva os fluxos de referência e contrarreferência preconizados pela SMS/Goiânia para atenção à mulher em situação de violência.
  
4. Fale o que compreende sobre o papel da Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em Situação de Violência de Goiânia.
  
5. Você se considera capacitado(a) para a notificação dos casos de violência contra a mulher?

**APÊNDICE B – Roteiro organizativo da pesquisa documental**

ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL REFERENTE AOS EVENTOS DE CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SMS/GOIÂNIA COM O TEMA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
Tipo do documento	<input type="checkbox"/> Plano de realização <input type="checkbox"/> Relatório de avaliação <input type="checkbox"/> Outro _____
Elaboração	
Título do evento (curso, oficina, palestra, seminário, etc.)	
Instituição promotora	
Data/período de realização	
Carga horária total	
Ementa e/ou programa	
Objetivos	
Conteúdo programático	
Quantitativo de participantes	
Categoria profissional dos participantes	

### Apêndice C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Meu nome é Elza Gomes Finotti Nogueira, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é a saúde pública.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, nos telefones: 3524.1521, 3524.1540, e 8431.5895. Em caso de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3521-1075 ou 3521-1076.

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

Título: “Uma avaliação da notificação de violência contra a mulher em Goiânia”;

Justificativa: por não existir estudos prévios de abrangência local e necessidade de se conhecer a amplitude da notificação dos casos de violência contra a mulher em Goiânia, na expectativa de subsidiar gestores públicos, profissionais e sociedade civil organizada para proposição de ações efetivas de capacitação de profissionais para a notificação;

Objetivos: conhecer como ocorre a notificação dos casos de violência contra a mulher em Goiânia, investigar o entendimento dos profissionais sobre a notificação e o papel da Rede de Atenção à Criança, Adolescente e Mulher em Situação de Violência e analisar o conhecimento dos profissionais sobre o fluxo e protocolo preconizados para a notificação; Procedimentos: para atingir aos objetivos propostos, serão utilizados o roteiro de entrevista semi-estruturado e a pesquisa documental para coleta de dados.

Em caso de qualquer desconforto e possíveis riscos, a entrevista poderá ser interrompida por solicitação do voluntário a qualquer momento. Por outro lado, ressalto que não haverá nenhum benefício decorrente da participação na pesquisa; que não cabe ao voluntário indenização em caso de danos, ressarcimento de

despesas e nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação.

Serão garantidos o sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo algum.

Assinatura da pesquisadora \_\_\_\_\_

Elza Gomes Finotti Nogueira

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG ( )/CPF( )/Matrícula ( ) nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**Uma avaliação da notificação de violência contra a mulher em Goiânia**”, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Elza Gomes Finotti Nogueira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Nome: \_\_\_\_\_ e

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_