

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI  
Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde

Giselle Aparecida Dória

**UM OLHAR ALÉM DOS NÚMEROS:  
análise do perfil epidemiológico da violência interpessoal e autoprovoada  
notificada do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil**

Diamantina  
2020



Giselle Aparecida Dória

**UM OLHAR ALÉM DOS NÚMEROS:  
análise do perfil epidemiológico da violência interpessoal e autoprovocada  
notificada do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Cunha Cury

Coorientadora: Profa. Dra. Mirtes Ribeiro

Diamantina  
2020

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

D696u	<p>Doria, Giselle Aparecida Um olhar além dos números: análise do perfil epidemiológico da violência interpessoal e autoprovocada notificada do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil / Giselle Aparecida Doria, 2020. 135 p.: il.</p> <p>Orientador: Geraldo Cunha Cury Coorientadora: Mirtes Ribeiro</p> <p>Dissertação (Mestrado– Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2020.</p> <p>1. Violência. 2. Notificação compulsória. 3. Vigilância em saúde. I. Cury, Geraldo Cunha. II. Ribeiro, Mirtes. III. Título. IV. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p style="text-align: right;"><b>CDD 363.32</b></p>
-------	---

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecária: Viviane Pedrosa – CRB6/2641



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

**GISELLE APARECIDA DORIA**

**UM OLHAR ALÉM DOS NÚMEROS: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA  
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA NOTIFICADA DO MUNICÍPIO  
DE DIAMANTINA, MINAS GERAIS, BRASIL.**

**Dissertação** apresentada ao programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, **nível de Mestrado**, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre(a) em Ensino em Saúde**.

Orientador: Prof. **Geraldo Cunha Cury**

Data de aprovação 02/12/2020.

**Prof. Dra. Maria Inês Barreiros Senna- (UFMG)**

**Prof. Dr. Diogo Neves Pereira - (UFVJM)**

**Prof. Dr. Mirtes Ribeiro - (UFVJM)**

**Prof. Dr. Geraldo Cunha Cury - (UFMG)**

**Prof. Dr. João Luiz de Miranda - (UFMG)**

**DIAMANTINA**



Documento assinado eletronicamente por **Mirtes Ribeiro, Servidor**, em 19/02/2021, às 19:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento



no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Geraldo Cunha Cury, Usuário Externo**, em 19/02/2021, às 19:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Diogo Neves Pereira, Coordenador(a)**, em 20/02/2021, às 17:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Joao Luiz de Miranda, Servidor**, em 20/02/2021, às 17:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Inês Barreiros Senna, Usuário Externo**, em 22/02/2021, às 10:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufvjm.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufvjm.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0287474** e o código CRC **AF6E9D9A**.

**Vale das Lágrimas**  
Toni Martin Giles (dez/2008)

*Aguerridas feridas abertas  
ao som de gritos sorrateiros  
cintilam silenciosas e cúmplices  
as almas maltratadas de coroas  
e espinhos*

*Meu olhar estrangeiro perplexo  
grita dor, dor, dor nefasta!*

*Oh, Vale das Lágrimas  
de pequenos anjos abduzidos  
por criaturas selvagens, ogros vorazes,  
perversas máquinas da maldade*

*Dória, enxergo rios correndo  
pelo teu rosto luz,  
fluindo verso a terra seca*

*A cada momento soluças múltiplas  
crianças sodomizadas, tomadas por  
demônios mascarados*

*Meu corpo e alma estremecem  
contra o teu no percurso  
das lembranças sombrias*

*Na véspera da morte  
ecoam seres perdidos  
questionam a vida, vomitam  
dor, mar de enganos que arrebentam  
pedras incandescentes de paixões  
falidas, abusadas almas tão familiares  
aos teus ouvidos sangrados*

*Céus e estradas não detém seu baile  
e persistem na corrida  
verso o concerto celestial*

*Sorte dos que podem fugir, distantes, dos  
corpos criminosos, necrosados,  
pesteados, usurpados, torturados de anjos  
crianças de olhos tristes*

*E tu, Dória, despontas,  
na última fronteira de esperança  
perdida, do toque amigo materno*

*E tu, Dória, que seguras  
seu último respiro de vida  
pura, quase alagados nas  
águas atormentadas de perversos  
senhores e enlouquecidas mulheres*

*Cruel verdade,  
sol e nuvens não costumam  
chorar paz e serenidade*

*Nas pequenas Gouveia, Felício, Couto,  
Rio Preto, no lindo Jequitinhonha,  
costumam esconder rostos belos  
que aprendeste a amar,  
defensora de almas maltratadas*

*Guardiã da essência humana  
guerreira de lágrimas solitárias  
Enfim deixaste teu campo  
de batalha, hora de partir...*

*A todas as vítimas de violência que me confiaram suas histórias  
e tive o privilégio de cuidar, viver e aprender sobre a dor e o amor.*

*Ao professor Wellington de Oliveira, como Paulo Freire,  
primeiro lia o mundo, para depois ler a palavra.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, através do Espírito Santo, Sua força ativa invisível aos olhos humanos, que produz em mim efeitos visíveis e fundamentais para minhas conquistas.

À Manu, minha menina, meus melhores sorrisos de gratidão. Tão curiosa e instigada com a pesquisa e esta tal violência e tão compreensível com as esperas. Lembra do filme da Enola Holmes, Manu? Recorro a narrativa da sua mãe para você elaborar sobre minhas ausências:

*“Eu não podia suportar que este mundo fosse o seu futuro.  
Então tive que lutar.  
Você precisa fazer barulho se quiser ser ouvida”.*  
[Eudoria]

É isso. Por querer um mundo de paz e de possibilidades justas e saudáveis para você e para tantas outras almas, dediquei tempo para provocar este “ruído”. Espero ser escutada!

Agradeço aos meus pais, Duco e Maria Dória, guardiões de mim e da Manu. Pelo cuidado e proteção. Com eles, aprendi sobre respeito, segurança física e afetiva. Aprendi sobre amor-próprio e amor ao próximo. Aprendi sobre a não violência. Gratidão por serem esteios. À mamãe, em especial, pela escuta cotidiana das minhas angústias e o olhar de esperança, confiança e orgulho.

Ao Geraldo Cunha Cury, meu orientador, agradeço pelos aprendizados. Professor intuitivo, confiou em mim e apoiou minha jornada. À Mirtes, coorientadora, pela precisão nas suas intervenções.

A UFVJM e ao mestrado Ensino em Saúde (EnSa), em particular, ao nosso coordenador professor Diogo, um notável profissional competente e sensível, minha especial admiração. A todos os professores, meu agradecimento, por me oferecerem um ensino público e de qualidade.

Gratidão à Leida Calegário, minha maior incentivadora e inspiração acadêmica. Exímia educadora, fascinada com o conhecimento e um ser humano ético e iluminado.

Aos colegas do mestrado, de modo especial, Pryscila, César, Patrícia e Marcos pelos bate-papos, risadas, cafezinhos, ligações, acolhimento de angústias e trocas de

ideias e ideais. Testemunhas deste meu capítulo e companheiros desta aventura acadêmica, cheia de generosidade e diversão.

Pessoas especiais tiveram contribuições singulares e afetivas neste processo: Raquel Galicioli, me apresentou a violência, através da sua política da vigilância em saúde, ela é sororidade. Ao Fernando Gripp, obrigada pela escuta, incentivo e apoio, especialmente, por me aproximar de pessoas do bem. Mônica Nascimento, lembro com gratidão do envio do edital do mestrado, Ivanice Araújo, apoio imprescindível no processo de matrícula. Amélia Toledo e Marcos Marciel, por serem vibração de luz. Ao Kleber Rangel, por sua militância no SUS e sua política da violência, através da sua generosidade técnica e política. A doutora Kíria Orlandi, delegada da DEAM, por ser inspiração.

“Nunca se esquecem as lições aprendidas nas dores”, este é um provérbio africano que traduz o meu olhar sobre o desenvolvimento deste estudo. As dificuldades experienciadas no percurso, tornaram-se gatilhos de evolução, autoconhecimento e de busca de conhecimento. E como a dor gera compreensão!

Mudamos, eu e a pesquisa, ao longo desses dois anos e, ao final, a escrita não foi tão solitária, pois muitos me acolheram, me ensinaram e me inspiraram. Gratidão ao professor Dhelfeson de Oliveira, tão cortês e sensível, me apresentou a estatística e o seu encantamento. À Karlyone Ferreira, da SRS-Diamantina, precisa colaboradora e uma apaixonada pela Atenção Primária. Francinne Batista, pela gentileza e presteza com a coleta de dados. Roseane da Matta, referência técnica da violência da SMS-Diamantina, por me apoiar com informações e pelo companheirismo na responsabilização e carinho pela política da violência. Ao David Amorim, competente cartógrafo, bondosa alma. Professor Juan Bretas, um entusiasta da tecnologia e seu viés social e a equipe da Ultra Comunicação, pela parceria técnica e humana no desenvolvimento da Ficha Digital de Notificação de Violência. Ao Henrique Landin, pelas contribuições sobre a vigilância da violência autoprovocada, um vigilante da dor do viver. Agradecimento ao Professor Juliano Gonçalves e sua instigante contribuição com as discussões raciais, às professoras Flávia Veloso e Cláudia Natividade do curso de capacitação do projeto Resignificar, que contribuíram com um espaço de escuta e debate, me apresentando novas angulações sobre o fenômeno da violência.

Assim, reconheço um processo de abertura importante em relação a outras perspectivas de estudo sobre este instigante tema, que veio acompanhado de dúvidas, angústias, numa jornada transformadora de tomada de autonomia. Inspirada

em Jota Quest, acredito em 'dias melhores, dias de paz' e em um mundo com seres humanos 'melhores no amor, na dor e em tudo'.

Para que isso seja possível, depende da nossa atitude ativa e positiva diante das inquietações da vida a cada novo nascer do sol. E que assim, como todas estas pessoas especiais que fizeram parte deste meu capítulo, sejamos gente que a gente possa admirar e amar.



“Viver é comover-se”, ou seja, viver é mover-se com o outro, afirma Manen, (2010). Sob a luz desse pensamento, entende-se que a finalidade central do ofício dos profissionais da saúde é construir uma presença cuidadora e protetiva que auxilie o outro a dar marcha a sua vida. Em essência somos profissionais do vínculo e da comoção, portanto, faz-se necessário o “comover-se com outro, participar de sua existência, deixar-se tocar pela sua história de vida [...] demora-se no outro não pelas sensações que lhe produz, mas por amor, pelo apreço de sua diferença e pela valorização de sua vida e luta”.

Leonardo Boff



## RESUMO

A relevância em aprofundar estudos sobre o complexo fenômeno da violência baseia-se no fato de ser imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde sobre a temática, uma vez que há o reconhecimento da violência como problema de saúde pública, por outro lado, há uma subnotificação que gera uma invisibilidade, dificultando o seu enfrentamento. A notificação das violências, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), consiste numa das mais colaborativas ações que profissionais de saúde podem desempenhar no combate à violência. O presente estudo objetivou realizar um diagnóstico situacional local do perfil epidemiológico da violência interpessoal e autoprovocada notificada no município de Diamantina (MG), a partir de indicadores das notificações, utilizando-se dados do Sinan, por meio das fichas de notificação, no período 2013 a 2019. Houve 509 notificações de violência durante o período trabalhado, que totaliza sete anos, representando um aumento de 390% de 2013 a 2019. No que se refere às unidades de saúde notificadoras dos casos de violência, constatou-se que os hospitais locais foram responsáveis por 481 (94,5%) notificações durante este período. Em relação ao sexo das vítimas, observou-se que, em média, 439 (90%) casos atingiram as mulheres e a raça predominante foi a negra, com 392 (74,9%) notificações, considerando o somatório de pardos, com 303 (57,9%) e pretos 89 (17,0%) casos, porcentagem esta semelhante nos sete anos analisados. No que se refere ao tipo de violência, a violência física foi a prevalente dentre as notificações no período estudado, com 288 casos (33,9%), seguida da violência sexual, que apresentou 285 casos (33,6%) casos notificados. Necessário salientar que o total de registros de violência segundo o tipo, difere do total de casos notificados no total, pois em alguns casos são preenchidos diferentes tipos de violência para um mesmo episódio de notificação, gerando, uma sobreposição de informação. Na análise por faixa etária, observou-se uma maior incidência dos casos de violência na faixa de 10 a 14 anos, 136 casos notificados (26,7%). Ao estudar o comportamento destes dados, foi possível inferir sobre uma subnotificação dos casos pela Atenção Primária do município, comprometendo o retrato estatístico da violência e a oferta adequada de uma linha de cuidado à vítima. Além disso, os resultados revelam a importância da caracterização do perfil das violências para direcionamento de

intervenção e elaboração de políticas públicas intersetoriais para o enfrentamento da violência nesta região.

**Palavras-chave:** Violência. Notificação compulsória. Vigilância em saúde.

## ABSTRACT

The relevance of deepening studies on the complex phenomenon of violence is based on the fact that the involvement of health professionals on the subject is essential, since there is the recognition of violence as a public health problem. On the other hand, there is underreporting which creates invisibility making it difficult to tackle the problem. Violence notice, through the Information System for Notice of Grievance (Sinan), is one of the most collaborative actions that health professionals can perform in the fight against violence. The present study aimed to carry out a local situational diagnosis of the epidemiological profile of interpersonal and self-provoked violence notified in the municipality of Diamantina (MG), using notification indicators, using Sinan data through notification files, within the period from 2013 to 2019. There were 509 violence notices during that period, which totals seven years, representing an increase of 390% from 2013 to 2019. With regard to the health units reporting violence cases, local hospitals were responsible for 481 (94.5%) notices during this period. Regarding the victims' gender, it was observed that, on average, 439 (90%) cases involved women and the predominant race was black, with 392 (74.9%) notices, considering the sum of browns, 303 (57.9%), and blacks, 89 (17.0%), a percentage that is similar in the seven years analyzed. With regard to the type of violence, physical violence was the most prevalent among the notices in the period studied, with 288 cases (33.9%), followed by sexual violence, which presented 285 (33.6%) reported cases. It is necessary to point out that the total number of violence records according to the type differs from the total number of cases reported, as in some cases different types of violence are filled for the same notice, generating an overlap of information. In the analysis by age group, there was a higher incidence of cases of violence in the range of 10 to 14 years of age, 136 reported cases (26.7%). When studying the specificities of the data, it was possible to infer an underreporting of cases by the city's Primary Care, compromising the statistical portrait of the violence and the adequate offer of a line of care to the victim. In addition, the results reveal the importance of characterizing the profile of violence for directing intervention and developing intersectoral public policies to face violence in this region.

**Keywords:** Violence. Compulsory notice. Health vigilance.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Objeto de Notificação do VIVA/Sinan.....	43
Figura 2:	Localização das Estratégias Saúde da Família (ESF) nos bairros da área urbana do município de Diamantina (MG).....	55
Figura 3:	Localização das Estratégias Saúde da Família (ESF) nos distritos da área rural do município de Diamantina (MG). ....	56



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada por unidade de saúde notificadora, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	61
Tabela 2:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por faixa etária, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	69
Tabela 3:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por sexo, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	72
Tabela 4:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por raça/cor, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	75
Tabela 5:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por local de ocorrência, no período 2013-2019, Diamantina (MG). ....	77
Tabela 6:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por violência de repetição, no período 2013-2019, Diamantina (MG). ....	78
Tabela 7:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o meio de agressão, no período 2013-2019, Diamantina (MG). ....	80
Tabela 8:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por tipo de violência, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	81
Tabela 9:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo de violência sexual, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	84
Tabela 10:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por lesão autoprovocada, no período 2013-2019, Diamantina (MG). ....	87
Tabela 11:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por sexo do autor da violência, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	91
Tabela 12:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por suspeita de uso de álcool por parte do autor da violência, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	92
Tabela 13:	Notificações de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o vínculo de parentesco com a pessoa atendida, no período 2013-2019, Diamantina (MG).....	92



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASC	Abuso Sexual em Criança
CDANT	Coordenadoria de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CEP/UFVJM	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
CHA	conhecimentos, habilidades e atitudes
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRAS	Centros de Referências de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DO	declarações de óbito
DPSANT	Diretoria de Promoção a Saúde e de Agravos Não Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HIV/Aids	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> [vírus da imunodeficiência humana]/Acquired Immunodeficiency Syndrome [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida]
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organizações não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Plano de Ação Integral em Saúde Mental
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
ProFVS	Programa de Fortalecimento da Vigilância em Saúde
ProMAVS	Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SES-MG	Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS-Diamantina	Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina
SRS-Diamantina	Superintendência Regional de Saúde - Diamantina
SubVPS/SES-MG	Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UF	unidade da federação
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>29</b>
2.1	<b><i>VIOLÊNCIA: CONCEITUAÇÕES, TIPOLOGIAS E NATUREZAS .....</i></b>	<b>29</b>
2.2	<b><i>RECORTES HISTÓRICOS DA VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO BRASIL.....</i></b>	<b>33</b>
2.3	<b><i>POLÍTICA ESTADUAL DA VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA-MINAS GERAIS.....</i></b>	<b>37</b>
2.4	<b><i>FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA: OBJETO DE NOTIFICAÇÃO .....</i></b>	<b>42</b>
2.5	<b><i>NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....</i></b>	<b>43</b>
2.6	<b><i>RELAÇÃO VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA E PANDEMIA DA COVID-19 .....</i></b>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>53</b>
3.1	<b><i>DELINEAMENTO DA PESQUISA.....</i></b>	<b>53</b>
3.2	<b><i>A ESCOLHA DO CAMPO E O CONTEXTO DE PESQUISA .....</i></b>	<b>54</b>
3.2.1	Plano Municipal de Saúde de Diamantina, 2018/2021 .....	56
3.2.2	Protocolos de assistência à vítima da violência de Diamantina.....	58
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
4.1	<b><i>CATEGORIA: NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES E UNIDADES NOTIFICADORAS .....</i></b>	<b>61</b>
4.1.1	Números de notificações de violências .....	62
4.1.2	Unidades de saúde notificadoras .....	64
4.2	<b><i>CATEGORIA: CARACTERÍSTICAS DA PESSOA ATENDIDA .....</i></b>	<b>68</b>
4.2.1	Faixa etária .....	68
4.2.2	Sexo .....	71
4.2.3	Raça/Cor .....	74
4.3	<b><i>CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA .....</i></b>	<b>76</b>
4.3.1	Local de ocorrência.....	76
4.3.2	Violência de repetição.....	78
4.3.3	Meio de agressão .....	79
4.4	<b><i>CATEGORIA: TIPOS DE VIOLÊNCIA (TIPOS DA VIOLÊNCIA, VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA, VIOLÊNCIA SEXUAL).....</i></b>	<b>81</b>
4.4.1	Tipos da violência .....	81
4.4.2	Violência sexual.....	83
4.4.3	Violência autoprovocada.....	87
4.5	<b><i>CARACTERÍSTICAS DO AUTOR DA VIOLÊNCIA (SEXO, SUSPEITA USO DE ÁLCOOL E VÍNCULO COM A VÍTIMA) .....</i></b>	<b>90</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
5.1	<b><i>PROPOSTAS .....</i></b>	<b>101</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>103</b>
	<b>ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>117</b>

<b>ANEXO B - Declaração de autorização para uso da Instituição Coparticipante .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO D - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada ..</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO E - Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Não Sexual em Diamantina.....</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO F - Fluxo de Encaminhamento e Atendimento à Vítima de Violência Sexual .....</b>	<b>135</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

*"É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar;  
porque tem gente que tem esperança do verbo esperar.  
E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera.  
Esperançar é se levantar,  
esperançar é ir atrás,  
esperançar é construir,  
esperançar é não desistir!  
Esperançar é levar adiante,  
esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo..."*  
[Paulo Freire]

A inquietação quanto à temática da violência e a responsabilidade do profissional de saúde frente a esta questão me acompanham desde meu momento de chegada na Atenção Primária. Sou psicóloga, há 18 anos atuando na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de vários municípios do Vale do Jequitinhonha e o olhar desta ciência, a psicologia, dentro da saúde sempre foi o do profissional da escuta. E graças a esta tecnologia leve do cuidado, escuto, de forma qualificada, muitas histórias. Uma das minhas maiores indignações é perceber que por trás de algumas queixas depressivas, crises de ansiedade, dificuldades escolares, automutilações, ideações suicidas, uso abusivo de álcool e outras drogas, alterações de comportamentos e outras tantas queixas psicossomáticas, emocionais e comportamentais, a violência está presente, muitas vezes, como gatilho destes sintomas ou, claro, como sintoma. Portanto, pode-se identificar uma interface nítida entre o adoecimento e a violência, essa se impondo no campo da saúde física e mental.

Desta forma, ao compreender que o sofrimento psíquico não emerge apenas no âmbito individual, é importante refletir e atuar junto ao contexto psicossocial, muitas vezes bélico e adoecedor de almas. E a violência, especialmente a “de quatro paredes”, tida como silenciosa, com frequência está presente no cenário das histórias contadas. Mudam-se os personagens, mas o enredo com conteúdo de episódios de violências é muito comum e naturalizado, algo inclusive produzido e reproduzido.

Assim, desde 2015, me dispus a debruçar sobre os estudos da violência e saúde, cursando a Especialização “Impactos da Violência na Saúde”, pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, além de participar de capacitações ministradas pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais sobre a temática.

Sabe-se que a violência é um fenômeno complexo, multicausal e que afeta a saúde e a qualidade de vida, geradora de prejuízos familiares, sociais, emocionais e

físicos. Desta forma, sem dúvida, a violência é um problema social, judicial e de segurança pública, mas também da saúde. Do SUS, sou usuária, trabalhadora e militante, por isso, me senti instigada e responsável a assumir minha atribuição integral como profissional da saúde que tem como competência a obrigatoriedade em ter um olhar de vigilância e cuidado sobre os episódios de violência como problema de saúde pública, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, além da responsabilidade técnica e inclusive legal, sinto como, acima de tudo, uma responsabilidade ética e social.

O maior desafio que percebo é o pacto do silêncio na violência, reiteradamente banalizada ou tida como algo do âmbito privado. Aos profissionais da saúde, atuantes em diversas portas de entrada da violência, constata-se outras motivações, como o não reconhecimento da violência como incumbência da saúde pública, o desconhecimento da política do SUS sobre a violência, o não dito sobre a violência durante suas formações acadêmicas e, em grande maioria, o medo de relacionar com a violência, sentimento legítimo, por sinal.

O fato é que a violência não pode permanecer na invisibilidade. Esta violência velada, precisa ser revelada. Torná-la visível é o grande primeiro passo. Desta forma, a notificação da violência interpessoal e autoprovocada, enquanto protocolo da vigilância da violência prescrita pelo Ministério da Saúde, é tida como o grande instrumento disparador da linha de cuidado e proteção às vítimas, além da função epidemiológica para a construção de políticas públicas.

Assim, movida por este compromisso técnico e essencialmente humano, tendo em vista a complexidade do assunto, a carência de produções científicas a respeito do mesmo, bem como o impacto que esse trabalho poderá gerar no registro de notificações de violência, em número e qualidade, me senti instigada e sensibilizada em aprofundar os estudos sobre este fenômeno e desenvolver conhecimento da universidade para os profissionais no âmbito dos serviços de saúde.

Inicialmente o objeto do trabalho seria realizar todos as partes da proposta de pesquisa denominada “Avaliação das competências de profissionais de saúde para notificação de violência: um estudo na perspectiva dos conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA)”.

Este estudo pretendia realizar uma avaliação das competências de profissionais da saúde para notificação da violência sob a perspectiva da Atenção Primária. Para tanto, propunha-se realizar uma caracterização do perfil

sociodemográfico dos profissionais de saúde de nível superior atuantes nas ESF deste município, potenciais responsáveis pela notificação das violências e verificar sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes destes profissionais para a notificação de violência, a partir de aspectos dificultadores, considerando avaliação autorreferida.

Para o alcance destes objetivos, a estratégia metodológica que seria utilizada consistiria em uma pesquisa de caráter descritivo, analítico, do tipo corte transversal, com abordagem de natureza quantitativa e qualitativa, utilizando um instrumento de coleta de dados baseado na escala tipo Likert, que seria aplicado aos profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos das equipes de todas as ESF de Diamantina.

Ao explorar o comportamento destes dados, pretendia-se transformá-los em informações que ofereciam um conhecimento teórico que possibilitasse melhor compreensão sobre as competências dos profissionais de saúde para a notificação de violência, além de vir a ser um referencial para a formulação de capacitações mais bem direcionadas e eficazes, possibilitando um aumento no número de notificações e um melhor retrato estatístico da violência.

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (CEP/UFVJM) (ANEXO C) e assinatura consumada do Termo de Instituição Co-partícipe pela Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina (SMS-Diamantina) (ANEXO B), no entanto, o desenvolvimento da pesquisa conforme proposta inicial demandaria coleta de dados em campo, por meio da aplicação de questionário junto aos profissionais das ESF de Diamantina.

Em decorrência da pandemia de Covid-19, causada pelo vírus SARS-Cov-2, que assolou nosso planeta e tendo em vista a necessidade do isolamento social determinada pelas autoridades sanitárias, além da sobrecarga no trabalho dos sujeitos da pesquisa, optou-se pela não realização da coleta de dados para a pesquisa quanti-qualitativa prevista.

Diante deste contexto, este estudo desenvolveu questões relacionadas ao tema da violência e saúde, mas tendo como objetivo geral realizar o diagnóstico situacional do perfil epidemiológico da violência interpessoal e autoprovocada notificada no município de Diamantina (MG), no período de 2013 a 2019. Este objetivo estava previsto na proposta anterior como secundário, no entanto, sem dúvida, mostrou-se suficiente, apresentando interessantes informações e reflexões sobre a temática.

Para isso, foi feita uma revisão da literatura e um recorte histórico sobre a temática da violência na Saúde, em especial, acerca da notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde, visando a construção do estado da arte. Em um segundo momento, a pesquisa propôs a realizar o mapeamento dos indicadores das notificações de violência em unidades de saúde do município de Diamantina (MG) com uma interlocução discursiva dos resultados sob a luz do que versa os referenciais literários referente ao tema. A ideia proposta foi apresentar um olhar além dos números, ao dar vida às estatísticas.

Ao final da dissertação, foram apresentadas sugestões de intervenções a partir dos dados da pesquisa. Importante compartilhar que, além desta dissertação, foi produzido também um produto técnico denominado “Ficha Digital de Notificação da Violência Interpessoal/Autoprovocada”, que consistiu no desenvolvimento de um software que visa possibilitar a otimização e a melhor qualificação do preenchimento da ficha por profissionais de saúde e da rede intersetorial.

Diante do apresentado, este estudo se sustenta em importância na medida que revela pontos essenciais para análise e planejamento das ações de vigilância da violência, oferecendo subsídios para a tomada de decisões de profissionais, além de ser uma importante ferramenta de gestão. Tudo isso, dentro da perspectiva do cuidado em saúde, considerando o paradigma biopsicossocial e com ênfase nas subjetividades e emocionalidades despertadas pelo fenômeno da violência, este dramático, obscuro e inquietante iceberg. Desse modo, ao diagnosticar esta realidade e apresentar perspectivas de conhecimento, reflexão, sensibilização e mudança, pressupõe um movimento para além da indignação, a esperança. Esperança não do verbo esperar, mas do verbo esperarçar, como bem diz Paulo Freire.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Para a revisão de literatura, foi realizada uma busca nas bases de dados eletrônicas Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) (via Pubmed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foram pesquisados artigos científicos, relatos, monografias, dissertações, teses, dentre outros, publicados no período de 2001 a outubro de 2020, com a temática principal vigilância da violência. Os idiomas incluídos foram o português, o inglês e o espanhol. Além disso, consoante com as políticas públicas instituídas, foi feito um recorte histórico da legislação e diretrizes preconizadas pelo Ministério de Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais sobre a interlocução violência e saúde.

### **2.1 VIOLÊNCIA: CONCEITUAÇÕES, TIPOLOGIAS E NATUREZAS**

O tema “violência” é compreendido em nossa contemporaneidade como um importante problema de saúde pública, uma vez que as causas externas, representadas também por violências e acidentes, constituem umas das principais causas de morbimortalidade da população brasileira. (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004; MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Segundo Dahalberg e Krug (2007), estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo e que a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva.

No Brasil e no mundo, o impacto da morbimortalidade decorrente da violência constitui uma das maiores preocupações para chefes de Estado e dirigentes do setor saúde. Sabe-se que a violência, nas mais diversas formas como se apresenta, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre os cidadãos, absentismo à escola e ao trabalho, além de ser uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal (BRASIL, 2011a). Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais e

podem ser resultantes da ação de indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (MINAYO; SOUZA, 1998).

No artigo “Violência: um problema global de saúde pública” (DAHLBERG; KRUG, 2002), que consiste em uma versão do que foi publicado no *World report on violence and health*, pela OMS, Krug *et al.* (2002) apresentam uma definição da violência como:

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

No Brasil, o Ministério da Saúde, antes da publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, já havia se pronunciado sobre o assunto. O conceito de violência defendido dialoga com o da OMS, considerando que violência consiste em ações humanas e individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte dos seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual (BRASIL, 2001b).

No entanto, interessante destacar que o conceito apresentado pela OMS trabalha a violência dentro da perspectiva da intencionalidade do ato violento, ideia essa questionável, uma vez que a intencionalidade não consegue explicar os casos de violência, porque muitos não estão na intenção, mas na estrutura psíquica de homens e mulheres formados dentro de uma cultura machista. Além disso, outra questão é a inclusão no conceito da violência da ideia do uso do poder, que pode ser exemplificado a partir das violências psicológicas<sup>1</sup>, como ameaças, intimidações, negligências e omissões.

---

<sup>1</sup> Violência psicológica/moral: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O bullying é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o *ciberbullying*. (BRASIL, 2016).

Muitas definições sobre violência existem, tanto convergentes, como divergentes. Minayo (2013) esclarece que por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge a qualquer conceituação precisa e cabal.

Em sua resolução WHA 49.25 da Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em 1996, declara a violência como um dos principais problemas de saúde pública. Solicitou-se então à OMS que desenvolvesse uma tipologia que caracterizasse os diferentes tipos de violência e os elos que os conectavam (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

De acordo com Krug *et al.* (2002), a OMS assim estabeleceu conceituações sobre as tipologias da violência, indicando três grandes categorias de violência, segundo quem comete o ato violento:

1. Violência coletiva: inclui os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações.
2. Violência autoprovocada/auto infligida, subdividida em comportamentos suicidas e os auto abusos. No primeiro caso a tipologia compreende a ideação suicida, as tentativas de suicídio e os suicídios. O conceito de auto abuso contempla as agressões a si próprio e as automutilações.
3. Violência Interpessoal, que é subdividida em violência doméstica/intrafamiliar e a violência comunitária/extrafamiliar:
  - A violência doméstica/intrafamiliar é aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família. É a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil e abuso contra os idosos. Ela pode ser definida como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e a psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família.
  - A violência comunitária/extrafamiliar, definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos, geralmente ocorre fora dos lares. Na violência comunitária incluem-se a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, o estupro e o ataque

sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Em relação ao conceito de violência doméstica/intrafamiliar, Minayo (2006) esclarece que é aquela que ocorre principalmente no ambiente de casa, mas não unicamente. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenham relação de poder. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas, também, às relações em que se constrói e efetua. Esse tipo de violência inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (BRASIL, 2002).

Além das tipologias das violências, Krug *et al.* (2002) explanam sobre as distinções das naturezas da violência estabelecidas pela OMS, sendo elas: violência física<sup>2</sup>; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/ abandono; trabalho infantil; intervenção legal. Além dessas classificações, a violência pode ser definida considerando a qual grupo ou pessoa ela é direcionada: mulheres, crianças, idosos, indígenas, deficientes, população LGBT, entre outros.

Diante do apresentado, é possível perceber a complexidade do fenômeno da violência, inclusive, a partir da polissemia das suas conceituações. Algo relevante de destacar é o entendimento da violência posto pela OMS, que defende a relação clara entre a intenção do indivíduo que apresenta ou se envolve num comportamento violento e o ato ou a ação praticada.

Em relação a tipologia, embora não ser de aceitação universal e passível de críticas, fornece uma estrutura útil para se compreender os complexos padrões de violência que ocorrem no mundo, bem como a violência na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades. Ao abordar também a natureza dos atos violentos,

---

<sup>2</sup> Violência física (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode manifestar-se de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, entre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca. (BRASIL, 2016)

ela supera as limitações de outras tipologias, uma vez que considera a influência do cenário, a relação entre autor e vítima e as possíveis motivações para a violência. No entanto, é importante ter em mente que tanto na pesquisa quanto na prática, nem sempre é fácil identificar as fronteiras entre os diferentes tipos de violência (DAHLBERG; KRUG, 2002)

## **2.2 RECORTES HISTÓRICOS DA VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO BRASIL**

No Brasil, os agravos motivados pelas causas externas, compreendidas como os acidentes e as violências, representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de um a 39 anos (DAHLBERG; KRUG, 2002). As causas externas causam grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, pois atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas nos casos de violência, e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas (MALTA *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde reconhece que as violências exercem grande peso social e econômico, em especial, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde do indivíduo e da comunidade (BRASIL, 2011a). Considerando tais questões, nas últimas décadas essas demandas vêm recebendo atenção especial em pesquisas e nos planos de enfrentamento e intervenção.

Uma das iniciativas nesse sentido foi a implantação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em 2001. Este instrumento definiu uma série de normas e orientações de procedimento para atenção à violência sob a ótica do SUS. Ele serviu para orientar o setor da saúde no contexto da violência, definindo-a como a expressão de eventos de morbimortalidade resultantes de ocorrências acidentais ou violentas que matem ou gerem agravos à saúde e que demandem atendimentos nos serviços. Incluiu ainda aquelas ocorrências que, ainda que não cheguem ao serviço de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao SUS, entre outros) (BRASIL, 2002).

Até o ano de 2006, o monitoramento dos acidentes e violências para fins de vigilância epidemiológica no Brasil ocorria apenas por meio da verificação de dados por meio da declaração de óbito (DO) e da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), fornecidos, respectivamente, pelo SIM e pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS. (TOMIMATSU *et al.*, 2009; LAURENTI; MELLO JORGE; GOTBLIEB, 2015).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou, por meio da Portaria MS/GM nº. 1.356 de 23 de junho de 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no SUS, que é constituído por dois componentes: (i) vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e (ii) vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). O objetivo do VIVA é conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes e fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2006b).

No período de 2006 a 2008, a vigilância de violências e acidentes foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ambulatórios especializados, maternidades, entre outros).

A partir de 2009, o VIVA passou a compor o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela.

Em 2011, a vigilância e a prevenção de violências ganharam mais um reforço com a publicação da Portaria MS/GM nº. 104, de 25 de janeiro de 2011, que universalizou a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, públicos e privados, do Brasil, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no Sinan (BRASIL, 2011c).

As violências, desta forma, passaram a fazer parte da Lista Nacional das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. Trata-se de procedimento compulsório e deve-se destacar que a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal específica. A notificação tem caráter informativo e formador de banco de dados e não é, a princípio, uma denúncia propriamente dita (BRASIL, 2011b).

Esta diretriz deve ser considerada como um avanço do reconhecimento da violência como um problema da Saúde Pública, uma vez que, de acordo com o protocolo da Vigilância em Saúde, fica predita a sua notificação compulsória a todos os profissionais de saúdes de unidades de saúde públicas ou privadas dos casos suspeitos ou confirmados de violência. (BRASIL, 2011b).

Destarte, identifica-se a universalização da violência como agravo à saúde e para que esta notificação seja efetivada, foi elaborada pelo Ministério de Saúde uma ficha de notificação compulsória, conhecida como Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO D), relevante marco da vigilância ao preconizar um instrumento oficial para os profissionais de saúde na abordagem das situações de violência. Este instrumento não considera como violências notificáveis as consideradas da tipologia de ordem coletiva.

Outro aspecto importante do dispositivo de notificação está relacionado à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois essas informações deverão subsidiar o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e acidentes e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito dessas ações e como estratégia na vigilância à saúde (VELOSO *et al.*, 2013).

Em 2014, foi publicada a Portaria MS/GM nº. 1.271, de 06 de junho de 2014, com atualizações da lista de doenças e agravos de notificação compulsória atribuindo caráter imediato (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) à notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2014a).

Desta forma, são objetos de notificação compulsória conforme Portaria de Consolidação nº. 4, de 28 de setembro de 2017, casos suspeitos ou confirmados de 'Violência doméstica e/ou outras violências', e de notificação compulsório e imediata casos de 'Violência sexual e tentativa de suicídio' (BRASIL, 2017c).

Em 2016, foi publicado um documento conhecido como "VIVA: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada", que definiu como objetos de notificação:

[...] caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura,

intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT. (BRASIL, 2016)

Para o registro da notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan 5.0 utiliza-se o código genérico Y09 – agressões por meio não especificado da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, visto que a ficha de notificação de violências é única para diversos tipos e naturezas de violências, embora o CID-10 classifique as lesões autoprovocadas voluntariamente no agrupamento X60 - X84 e os casos de violência sexual nos códigos Y05 e Y07.

A análise das notificações de violências não é feita segundo a categoria da CID-10, mas sim por tipologia da violência, a saber: intrafamiliar/doméstica, extrafamiliar/comunitária, autoprovocada, institucional e segundo a natureza da violência: física, negligência/abandono, sexual, psicológica/moral, dentre outras.

As unidades notificadoras, até o ano de 2016, limitavam-se às unidades de saúde. No entanto, por meio da Portaria nº. 2.446, de 11 de novembro de 2014, (BRASIL, 2014c), uma nova versão da ficha de notificação foi divulgada, orientando que outros setores também notificassem os casos suspeitos e comprovados de violência – “unidades de assistência social, estabelecimento de ensino, conselho tutelar, unidade de saúde indígena, centro especializado de atendimento à mulher e outros” (BRASIL, 2011b). A ampliação para além das instituições de saúde reforça a compreensão do caráter intersetorial da temática da violência, além da possibilidade de considerar novos contextos da violência.

Outro ponto importante na política da vigilância da violência no Brasil, diz respeito a avaliação da qualidade do preenchimento da ficha de notificação. Existe o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), criado pela Portaria nº. 1.378/GM/MS, de 08 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), e regulamentado pelas portarias nº. 1.708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013c), e nº. 2.778/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014 (BRASIL, 2014b), que visa qualificar as vigilâncias epidemiológicas municipais e estaduais do país. A partir desta qualificação elege-se alguns indicadores para verificação se o banco epidemiológico atende as prerrogativas da classificação do MS. Então, cada município tem os valores de indicadores do PQA-VS da região pertencente. Desta forma, para avaliar a

qualificação do banco de dados, inclusive das notificações de violência, é necessário acessar estes valores junto ao departamento de vigilância em saúde municipal.

### **2.3 POLÍTICA ESTADUAL DA VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA-MINAS GERAIS**

Em Minas Gerais, o perfil epidemiológico acompanha a tendência mundial da violência, enquanto causa externa, ao se constituir uma das principais causas de morbimortalidade da população brasileira. O enfrentamento das violências, por sua magnitude e complexidade, representa um dos principais desafios do sistema de saúde e, para a sua abordagem, exige-se a implementação articulada de políticas públicas de forma intersetorial.

Alicerçadas na legislação e nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, consoante com as políticas públicas instituídas, as principais estratégias de política pública norteadora de ações relacionadas à violência elaboradas pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para os municípios defendem a prática de monitoramento adequado dos eventos de violência, especialmente, dentro de uma linha de cuidado com arranjos territoriais e intersetoriais. Como incentivo para execução das ações, as políticas vinculam o financiamento ao alcance de metas de notificações e de ações sobre os temas violências e promoção da cultura da paz.

A estratégia da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SubVPS/SES-MG) para o enfrentamento das violências e acidentes se deu principalmente por meio da implementação do Programa de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (ProFVS), a partir do ano de 2012, implantado pelos profissionais de saúde da SES/MG, dos níveis central e regional, e dos municípios (LAGUARDIA *et al.*, 2014). Observou-se um significativo aumento das notificações deste ano, marco inicial do ProFVS (OLIVEIRA; PRADO; SILVA, 2014).

Este programa possuía duas ações relacionadas com o tema em questão: notificação de casos de violência no Sinan e a criação de Núcleos Intersetoriais de Prevenção das Violências e Promoção da Cultura da Paz, sob a responsabilidade da Coordenadoria de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CDANT), da Diretoria de Promoção a Saúde e de Agravos Não Transmissíveis (DPSANT).

Em 2014, foi publicado um documento denominado “Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde - Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (Resolução SES nº. 4.238/2014)” (LAGUARDIA *et al.*, 2014). O instrutivo buscou fortalecer e alinhar o processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde em Minas Gerais. Para tanto, orientou os gestores e demais profissionais das Secretarias Municipais de Saúde quanto à execução, monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde constantes da Resolução SES-MG nº. 4.238, de 19 de março de 2014 (MINAS GERAIS, 2014).

Para cada ação preconizada pelo Instrutivo, de acordo com a área e a temática, era apresentada uma ficha técnica, a qual possuía os seguintes itens: ação, descrição da ação, medida de desempenho, unidade de medida, método de cálculo da medida de desempenho, fonte de dados, estratégias sugeridas para o alcance da ação, área responsável pela ação na esfera estadual.

No que se referem à temática da Violência, as ações de vigilância estavam elencadas na área “Promoção da Saúde”, sendo esta entendida como um “conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde”. (LAGUARDIA *et al.*, 2014).

As ações de Vigilância da Violência previam o monitoramento daquelas relacionadas à notificação dos casos de violência no Sinan e a implantação do Núcleo Intersetorial de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz, sendo este último indicador direcionado aos municípios que aderiram ao Elenco 2, ou seja, municípios que pactuaram uma maior quantidade de ações de vigilância em saúde. O indicador referente à implantação do Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura da Paz em Minas Gerais buscou promover uma articulação intra e intersetorial para discussão e planejamento de ações sobre prevenção da violência e promoção da cultura da paz.

No que se refere à notificação dos casos de violência no Sinan, objeto de interesse deste trabalho o instrumento descreve a ação como apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1: Ação e descrição referente à notificação dos casos de violência.**

<b>AÇÃO</b>	1.4. Notificar os casos de violência no Sinan.
DESCRIÇÃO DA AÇÃO	Registrar os casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências atendidos nos serviços de saúde por meio da Ficha de Notificação específica para este agravo.

Fonte: Laguardia *et al.* (2014).

Os municípios deveriam comprovar o aumento percentual do número de notificações em cada quadrimestre em relação à média de notificações em quadrimestres anteriores.

Para o alcance das ações, o instrutivo sugeria, entre outras atividades, realizar capacitação para os profissionais de saúde em todos os níveis de atenção à saúde do município ressaltando a importância de notificar adequadamente casos suspeitos e confirmados de violência, realizar busca ativa dos casos de violência junto aos órgãos e setores envolvidos em ações de enfrentamento das violências nos municípios e analisar o preenchimento da ficha de notificação buscando detectar inconsistência, incompletudes e duplicidades, garantindo, dessa forma, a qualidade das informações.

É importante ressaltar que, de acordo com este instrutivo, havia a possibilidade de os municípios preencherem um “Atestado Negativo”, emitido pelo representante da Vigilância Epidemiológica e assinado pelo secretário municipal de saúde naqueles meses em que os profissionais da saúde não tivessem atendido nenhum caso de violência. Considerando que muitos municípios negligenciavam a notificação por esta “brecha” de possibilidade da meta, tal possibilidade do Atesto Negativo foi revogada a partir da Nota Técnica nº. 02 CDANT/CVDCANT/SVEAST/SUBVPS/SES-MG, editada em 17 de outubro de 2016 (MINAS GERAIS, 2016d), que orientava que os municípios considerados silenciosos, deveriam notificar minimamente um caso de violência interpessoal/autoprovocada no respectivo período de avaliação para cumprimento da ação. Para os municípios não silenciosos, a meta seria a média do número de notificações nos quadrimestres anteriores, considerando o novo histórico feito com o banco de dados do Sinan qualificado.

Desta forma, o município deve alcançar a meta proposta para o período avaliado, não pode haver nenhum mês com zero notificações e não pode dar atestado negativo de notificação de violência.

Em dezembro de 2016, foi implantado o Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde (ProMAVS), que consiste em uma reformulação do antigo ProFVS, “com objetivo de dar continuidade na implementação de um sistema regionalizado de vigilância em saúde, visando efetivar a descentralização das ações da área para todos os municípios mineiros” (MINAS GERAIS, 2016a) e qualificar as ações desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde. As prerrogativas deste Programa foram legalizadas a partir da Deliberação CIB-SUS/MG nº. 2.418, de 17 de novembro 2016, que aprovou as normas gerais para participação, execução,

acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa no âmbito do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2016b).

Em relação à vigilância da violência, o documento trata a questão no subcomponente “Articulação entre Vigilância à Saúde e outros órgãos (ações intersetoriais). O indicador passa a ser o percentual de notificações de violência com o campo 65 (encaminhamentos) preenchido adequadamente. O objetivo deste novo indicador visa qualificar o preenchimento da Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada promovendo a completude dos dados, a fim de conhecer os limites e potencialidades da articulação das redes de cuidados e proteção às pessoas em situação de violência no território, bem como subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais para a redução da morbimortalidade decorrente de violências e promover a equidade, a qualidade de vida e a Cultura da Paz. (MINAS GERAIS, 2016c).

É possível identificar, a partir deste novo indicador proposto, uma preocupação com a necessidade de se tratar a violência com uma abordagem a partir de implementação de políticas públicas de forma intersetorial por meio da articulação de redes no território, haja vista que o enfrentamento das violências por sua magnitude e complexidade, representa um dos principais desafios do sistema de saúde. No documento com as diretrizes percebe-se que há uma maior exigência em relação à qualidade do preenchimento da ficha, visando melhorar a organização dos serviços de atenção, cuidado e proteção às pessoas em situação de violência.

Isto posto, algumas considerações podem ser feitas no que se refere às mudanças das metas da vigilância da violência, como nitidamente uma amplificação do olhar sobre as notificações além do aspecto quantitativo. Para tanto, o indicador assumiu um caráter mais qualitativo (linha de cuidado), objetivando verificar e fortalecer as redes de proteção territoriais.

Assim, em 20 de junho de 2017, foi divulgada uma minuta, que descreve mais claramente o indicador: “Percentual de notificações de violência com o campo 65 (encaminhamentos) preenchido adequadamente e com, pelo menos, 1 (um) encaminhamento”. Ou seja, é uma meta a ser cumprida pelo município na vigilância das violências que toda notificação deve ter como desfecho e encaminhamento da vítima para continuidade do cuidado (MINAS GERAIS, 2017).

Uma possível observação que pode ser feita em relação a esta mudança de indicador, considerando uma evolução para o qualitativo, é a possibilidade de um prejuízo no quantitativo, na medida em que ele não mais se apresenta como indicador gerador de meta.

Considerando esta possibilidade, apesar da mudança do indicador para um foco mais qualitativo, visando a garantia do encaminhamento do caso para uma linha de cuidado, em dezembro de 2017 foi lançada a Nota Técnica Conjunta nº. 03/2017 - SSVPS/SES/MG que trouxe esclarecimentos para execução dos indicadores pactuados no ProMAVS. O documento reforça que o município deve notificar, minimamente, o mesmo quantitativo de casos que a última meta quantitativa (3º quadrimestre de 2016), independentemente de estar silencioso no 1º e/ou 2º quadrimestre de 2017 (MINAS GERAIS, 2017).

Desta forma, a política da violência estadual prevê uma exigência de uma meta estatística para cada município baseado em sua série história, considerando o número de casos notificados e também uma meta qualitativa que consiste no preenchimento na ficha de notificação sobre o encaminhamento que foi dado ao caso.

Estas referências de metas da vigilância da violência ainda prevalecem, uma vez que, em 2019, duas deliberações, a CIB-SUS/MG nº. 2.897, de 20 de fevereiro de 2019 (MINAS GERAIS, 2019a) e a CIB-SUS/MG nº. 2.993, de 21 de agosto de 2019 (MINAS GERAIS, 2019b) aprovaram a prorrogação da vigência e incluiu um período de monitoramento do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, nos termos da Deliberação CIB-SUS/MG nº. 2.418, de 17 de novembro de 2016 (MINAS GERAIS, 2016b). Nestes documentos, a notificação de violência é o indicador 14, consistindo no “Percentual de notificações de violência com o campo 65 (encaminhamentos) preenchido adequadamente e com, pelo menos, 1 (um) encaminhamento”.

Em relação a este modelo de monitoramento da vigilância, é notável a estratégia preconizada para fomentar a notificação de violência interpessoal/autoprovoçada, minimizando subnotificações. No entanto, há um questionamento acerca desta exigência do quantitativo igual ou superior a série histórica. E se o município implementa ações de sucesso dentro de uma perspectiva do enfrentamento da violência e estas intervenções gerar um impacto positivo, resultando em uma diminuição dos casos de violência? O município terá que registrar o mesmo quantitativo anterior? As referências técnicas da violência do Estado,

durante capacitação realizada com os profissionais de saúde, justificam que, por mais que haja ações de prevenção da violência e promoção da cultura da paz, ainda assim, há um grande e histórico silêncio cúmplice da violência, associado à revelação e notificação que configura uma demanda reprimida que precisa ser identificada pela busca ativa, escuta qualificada, capacitação e sensibilização dos profissionais.

#### **2.4 FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA: OBJETO DE NOTIFICAÇÃO**

A notificação da violência é tida como uma estratégia de vigilância em saúde. O objeto de notificação da violência são os casos suspeitos ou confirmados de violências contra homens e mulheres em todas as idades, desde que a violência tenha caráter doméstico/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e LGBT fobias. No caso da violência comunitária, de caráter extrafamiliar, somente devem ser notificados os casos que ocorrerem contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, indígenas, pessoas com deficiência e população LGBT. Dessa forma, nesta ficha não são notificados os casos de violência extrafamiliar (em que não se caracterize violência sexual ou doméstica) para vítimas de 20 a 59 anos do sexo masculino (não pertencente à população indígena, à população LGBT, ao grupo das pessoas com deficiência) que são monitorados por meio de outro sistema de informação (BRASIL, 2016).

O instrumento de coleta, como informado, é a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Esta ficha é aberta e encerrada na mesma data e passa a fazer parte do banco de dados do Sinan. Importante assinalar que a notificação de casos de violência independe do consentimento ou comunicação ao paciente/vítima (BRASIL, 2011).



**Figura 1: Objeto de Notificação do VIVA/Sinan.**

Fonte: Adaptado de Brasil (2016).

## 2.5 NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

A notificação da violência interpessoal e autoprovocada é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos(às) gestores(as) e/ou aos(às) profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente. Compete à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais (BRASIL, 2016).

Desta forma, todos os profissionais de saúde devem notificar, sendo tida como compulsória em conformidade com a legislação. Ela não se restringe a uma ou outra categoria profissional e o ideal é que o profissional que fez o atendimento também faça a notificação. Todavia, a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, de acordo com o contexto de cada caso (BRASIL, 2017a).

Deslandes *et al.* (2011) lembram que o termo “notificação” é reconhecido pelo setor Saúde, todavia, em outros setores, a expressão utilizada é a de “comunicação” de violências. Faz-se necessário, desta forma, esclarecer sobre as responsabilidades

do profissional de saúde no que se refere à notificação, comunicação e, especialmente, esclarecer sobre possível equívoco interpretativo de notificação como denúncia com caráter policial, uma vez que a ficha de notificação é tida como sensível, porque há uma tendência de confundirem com denúncia.

A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da Saúde não é denúncia, mas sim um instrumento de garantia de direitos e disparador da linha de cuidado (BRASIL, 2019a), além de um gerador de dados epidemiológicos. A responsabilização do autor da violência cabe aos órgãos da Segurança Pública e Justiça.

A ficha de notificação é sigilosa e os dados são encaminhados para o setor de vigilância do município. Cabe ao profissional da saúde o acolhimento, o atendimento da vítima, a notificação do agravo e a efetivação do encaminhamento do caso de acordo com fluxo de assistência e/ou linha de cuidado.

O objetivo das notificações, como já dito, é compreender a situação epidemiológica desse agravo no município, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz, além de ser um dispositivo definidor da linha de cuidado promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência.

No entanto, em alguns casos, adicionalmente à notificação à autoridade sanitária, é exigido também a comunicação obrigatória intersetorial da situação de violência aos órgãos de proteção.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 1.968, que estabeleceu a comunicação “às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2001a). Desta forma, quando se trata de crianças e adolescentes, além da notificação na saúde, é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar que tem como atribuição verificar a situação da criança ou adolescente e acionar o Ministério Público, a Autoridade Policial e/ou a Justiça, quando houver necessidade. Esta determinação tem como base a Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – que, desde 1990, já determinava a comunicação obrigatória de casos suspeitos e confirmados de violências contra crianças e adolescentes ao conselho tutelar (BRASIL, 1990).

A comunicação às autoridades competentes (delegacias especializadas, Ministério Público, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa) também se aplica aos

casos de suspeita ou confirmação de violências contra pessoas idosas, conforme determina a Lei nº. 10.741, de 1 de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003a).

Em relação à violência contra a pessoa com deficiência, o Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei nº. 13.146, de 6 de julho de 2015 – determina a comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de violência contra pessoa com deficiência à autoridade policial e ao Ministério Público (BRASIL, 2015a).

A violência contra a mulher tem uma trajetória mais recente de protocolos de conduta do profissional de saúde em relação a notificação e comunicação às autoridades policiais. A Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003, determina que ocorra a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos em serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2003b). Em outras palavras, se uma mulher fosse atendida em uma unidade de saúde e houvesse indícios ou a certeza de que essa mulher foi vítima de violência doméstica, os profissionais que fizeram o atendimento são obrigados a notificar a violência, mas sem a obrigatoriedade da comunicação às autoridades policiais. A orientação era de que se notificasse a violência, por meio da ficha de notificação e orientasse a vítima a registrar boletim de ocorrência, sendo que a decisão de registrar queixa policial era dela.

Entretanto, em 2019, foi publicada uma novidade legislativa, a Lei nº. 13.931/2019, alterando a Lei nº. 10.778/2003, que preconiza que os profissionais de saúde devem fazer a notificação para as autoridades sanitárias e a comunicação obrigatória para a autoridade policial. Segundo esta lei, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos. Há um esclarecimento de que estas alterações promovidas pela Lei nº. 13.931, de 10 de dezembro de 2019, somente entraram em vigor a partir do dia 10 de março de 2020 (BRASIL, 2019a).

Desta forma, ressalta-se que somente há previsão legal para comunicação a outros órgãos, como os conselhos de proteção, os casos de violência cometidos contra os públicos já citados, a saber: crianças e adolescentes, pessoas idosas, deficientes e a mais recente normativa, contra as mulheres. Já a comunicação à autoridade policial, os casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoa

deficiente, pessoa idosa e mulher. Nestes casos, sugere-se comunicar à família da vítima que está sendo realizada a comunicação.

É recomendado que as comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização não sejam feitas com a cópia da ficha de notificação, mas em um informe sintético que não identifique o(a) profissional ou o serviço que notificou. Essa medida visa proteger os(as) profissionais que realizam as notificações (BRASIL, 2017a).

Em relação à comunicação da violência contra a mulher às autoridades policiais, ainda há uma discussão. Há ainda uma orientação do Ministério da Saúde de que no caso de mulheres adultas que estejam vivenciando situação de violência, e que não sejam nem idosas nem deficientes, as equipes de saúde devem informar sobre os serviços da rede de proteção social e sobre a importância da denúncia, mas não devem comunicar ou denunciar o caso sem a sua autorização. Em todos os casos, o atendimento deve respeitar a autonomia da mulher e seu direito de escolha e obedecer às normativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a). Por outro lado, desde março de 2020, quando a Lei nº. 13.931/2019 entrou em vigor, há a orientação sobre a obrigatoriedade da comunicação da violência às autoridades policiais (BRASIL, 2019a).

Para os profissionais da saúde, ainda há mistérios sobre a forma como essa lei será regulamentada, pois ainda não foi divulgado o canal pelo qual os profissionais deverão fazer a notificação e de que forma ela pode ser feita sem ferir o sigilo profissional, parte importante da conduta e ética estabelecida pelos conselhos profissionais.

Desta forma, cabe ao profissional da saúde cumprir a lei, mas é de responsabilidade dos órgãos governamentais criar formas para que essa lei seja regulamentada efetivamente, por meio de um canal onde os profissionais de saúde possam fazer a notificação dentro das 24 horas estipuladas, além de um questionário que indique quais informações são relevantes e devem ser fornecidas pelo médico às autoridades policiais.

Existem dois tipos de violência que, desde 2014, a partir da Portaria MS/GM nº. 1.271, de 06 de junho de 2014, que trata de diretrizes sobre notificação de violência, obrigam o profissional que prestar o primeiro atendimento ao paciente a realizar a notificação com caráter compulsório, mas também imediato no âmbito municipal. Estes são a violência sexual e a violência autoprovocada. Refere-se

notificação imediata àquela realizada em até 24 horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível (BRASIL, 2014a).

No caso da violência sexual, a notificação imediata visa agilizar o atendimento à pessoa que foi vítima às medidas profiláticas de doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais em até 72 horas da agressão. No caso de meninas ou mulheres, visa também ao acesso imediato à contracepção de emergência (BRASIL, 2018b).

Em relação à tentativa de suicídio, a importância da notificação imediata pelo município, justifica-se pela importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes (BRASIL, 2018c).

Considerando todas estas orientações, é importante salientar a responsabilidade jurídica do profissional de saúde com relação ao preenchimento da ficha de notificação. No artigo 5º, da Lei nº. 10.788, de 24 de novembro de 2003, é preconizado: “A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis” (BRASIL, 2003b). Diante desta diretriz, pode-se apreciar que existe uma previsão de responsabilidade dentro de uma perspectiva penal e também uma análise de sua conduta de acordo com sanções previstas no seu Código de Ética Profissional.

A subnotificação nos casos de violência é um problema grave, sobretudo quando se sabe que as ações e políticas públicas para o enfrentamento da questão, têm como base os dados epidemiológicos. Ao se revelar como uma realidade pouco ou mal conhecida, essa situação acaba por configurar-se invisível, operando, em nível estrutural, como mais uma forma de violência (KIND *et al.*, 2013).

Dialogando com estes pressupostos, Saliba *et al.* (2007) defendem que os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas para a prevenção. Nesse sentido, contribuindo para o esclarecimento acerca da importância da notificação, Deslandes *et al.* (2011) acrescentam ainda que a notificação da violência permite estimar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância em saúde e serviços de assistência, assim como o desenvolvimento e aperfeiçoamento de redes de proteção.

Desta forma, o trabalho de cada profissional que atende pessoas em situação de violência é estratégico e o profissional de saúde pode vir a ser um agente de transformação de uma realidade, uma vez que o exercício da notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, retirando os casos de violência da invisibilidade, desconstruindo uma falsa estabilidade, prevenindo a violência de repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule.

No campo da saúde, a vigilância em saúde está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças e agravos. O Ministério da Saúde, ao criar a Secretaria de Vigilância a Saúde, valorizou aspecto relevante da Saúde Pública Brasileira, de fundamental importância para a construção do SUS (CURY, 2005). Recorrendo à sua origem do latim, a expressão 'vigilância em saúde' remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim *vigilare* – significa, de acordo com o Dicionário Aurélio, observar atentamente, estar atento a, atentar em, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se (BATISTELLA; GONDIN; MONKEN, 2003). Assim, a estruturação da vigilância de violência, com ênfase na implantação da notificação de violência, é este olhar sentinela, é a porta de entrada da linha de cuidado e atenção da pessoa em situação de violência.

Desta forma, a vigilância epidemiológica de violências pretende observar e analisar o comportamento deste agravo, ao obter informações sobre a sua natureza e contribuir com o desenvolvimento de ações de enfrentamento em uma perspectiva intersectorial. Neste cenário, esta pesquisa teve como objetivo apresentar os números e características da violência interpessoal e autoprovocada dos casos notificados no município de Diamantina (MG), oferecendo subsídios para o planejamento de ações com vistas ao enfrentamento da violência.

## **2.6 RELAÇÃO VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA E PANDEMIA DA COVID-19**

A pandemia do novo coronavírus, causador da doença Covid-19, tem desencadeado impactos sanitários, econômicos e psicossociais. A prática de violência

está diretamente relacionada com estas nuances dentro da perspectiva do contexto social, político e econômico a que os indivíduos estão inseridos.

Minayo e Souza (1999) sugerem que a violência precisa ser analisada na perspectiva da sociedade que a produziu, pois o fenômeno se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas. Estes autores destacam o caráter de interferência social, além das influências de determinadas circunstâncias. Fatores biológicos e individuais são colocados como fatores que predis põem à agressão, no entanto, é mais comum que haja uma interrelação com aspectos familiares e culturais, assim como fatores externos, que potencializam contextos favoráveis à violência (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Uma constatação destas variáveis pode ser feita quando se analisam os números da violência no período de pandemia pela Covid-19 no Brasil e no mundo.

O isolamento social imposto pela pandemia da Covid-19 emergiu, de forma potencializada, alguns indicadores preocupantes sobre a violência doméstica. Embora as evidências a respeito dos impactos do isolamento sobre a violência doméstica sejam incipientes, notícias divulgadas na mídia e relatórios de organizações internacionais apontam para o aumento desse tipo de violência (PETERMAN *et al.*, 2020).

A pedido do Banco Mundial, apreensivos com tal realidade, foi realizado um estudo pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), objetivando verificar a variação nos níveis de violência doméstica nos primeiros dias do isolamento social decretado no país.

O documento produzido pelo FBSP revela informações instigantes, como a confirmação da multiplicação dos crimes em diversos pontos do país, no entanto, a formalização da denúncia às autoridades policiais tem sido um obstáculo para as vítimas, em virtude das medidas de quarentena ou isolamento social. O Fórum publicou registros confirmando que, mesmo com um aumento de relatos, o fato curioso é que as mulheres estão registrando menos boletins de ocorrência. Desta forma, além das vítimas não conseguirem ir até às delegacias, elas também podem sentir medo de denunciar os parceiros, devido à proximidade que agora têm deles, com a permanência em casa. Outro dado apresentado pelo estudo, diz de uma queda na concessão e à implementação de medidas protetivas de urgência, sendo possível compreender esta informação a partir dos dados acima considerados (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Segundo o relatório, apesar da aparente redução, os números não parecem refletir a realidade, mas sim a dificuldade de realizar a denúncia durante o isolamento. Desta forma, o fórum comenta que esses são fatores que explicam a subnotificação de casos e que acendem um alerta para que as autoridades promovam, logo, respostas frente ao problema (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020). Faz-se necessário, diante desta variação observada, que o Estado apure, desta forma, se essas mulheres estão sendo impedidas de ter acesso à rede de proteção e aos canais de denúncias.

Outra pertinente ressalva trazida pela entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres), foi que, nessa fase, as mulheres não somente enfrentam entraves quanto ao acesso a serviços essenciais ou ordens de proteção, mas que o impacto econômico da pandemia pode criar barreiras adicionais para deixar um parceiro violento (ONU MULHERES, 2020).

A Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos é um órgão responsável pelo Ligue 180 e o Disque 100, canais de denúncia de violência. A Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, tem como atribuição o registro de denúncias de violações contra mulheres, além de encaminhamento do caso aos órgãos competentes e realização do seu monitoramento. O Disque 100 é também um canal de denúncias de violações de direitos humanos relacionadas a vários grupos e/ou temas, entre eles crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, população LGBT, entre outros (BRASIL, 2018a).

O Ligue 180, a Central de Atendimento à Mulher, de acordo com a Ouvidoria, registrou em abril de 2020, um aumento de 36% no número de denúncias se comparado a abril de 2019. No entanto, o Disque 100, revelou uma queda de 18% nas denúncias de violência contra crianças no mesmo período, sugerindo uma possível subnotificação. Uma possível explicação para a diminuição no número de denúncias de violência contra crianças é o fato da maioria das denúncias realizadas neste canal serem feitas pela escola. Outro dado importante, nesse mesmo período, apresentado pelo Disque 100 é o aumento no número de denúncias referentes à violência patrimonial contra idoso (VERDÉLIO, 2020).

O isolamento social impõe a esse público de maior vulnerabilidade um permanente controle doméstico por parte dos autores das agressões, sendo vigiado e impedido de conversar com familiares, amigos e profissionais. Além disso, identifica-

se também limitações do convívio institucional cotidiano e de acesso a serviços de apoio às vítimas, como escolas, Centros de Referências de Assistência Social (CRAS) e unidades de saúde, fontes importantes de vigilância e do cuidado da violência.

Outro ponto importante a ser considerado foi a recomendação feita pela OMS para que as autoridades dos países afetados pelo novo coronavírus limitem o consumo de bebidas alcoólicas de sua população durante a pandemia. A entidade aponta que o álcool, além de fazer mal à saúde, deixa as pessoas mais vulneráveis à violência, inclusive a doméstica, e a outras situações de risco. A entidade alerta sobre a importância de refletir sobre quais são os riscos em deixar pessoas trancadas em casa com uma substância perigosa, tanto para sua saúde, quanto pelos efeitos no comportamento, inclusive na violência (O GLOBO, 2020).

Além disso, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em relação a violência autoprovocada no período da pandemia, alertou para o aumento dos fatores de risco para o suicídio, uma vez que as condições impostas pela pandemia estão afetando a saúde mental de muitas pessoas. Estudos recentes mostram um aumento da angústia, ansiedade e depressão, especialmente entre os profissionais de saúde. Somadas às questões de violência, transtornos por consumo de álcool, abuso de substâncias e sentimento de perda, tornam-se fatores importantes que podem aumentar o risco de uma pessoa decidir tirar a própria vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020).

Diante do cenário apresentado, verificam-se vários fatores de risco que aumentaram com o isolamento: aumento do desemprego, maior convívio familiar gerando um quadro de maior tensão nas relações, maior consumo de bebidas alcoólicas e drogas e, por causa da quarentena, dificuldade em acionar as redes de proteção, revelando a ausência e, ao mesmo tempo, a importância do Estado.

Desta forma, considerando que a violência é um fenômeno complexo e desencadeado por diversos fatores, a pandemia da Covid-19 e o isolamento social exigido pelas circunstâncias, são tidos como elementos de um contexto e momento histórico propícios para um possível agravamento da violência.

Importante considerar ainda que, apesar dos dados sobre a relação violência e pandemia terem um caráter preambular no que se refere ao efetivo aumento dos casos da violência, do uso de substâncias e do aumento da taxa de suicídio, estas informações já levantadas corroboram a importância de estudos e construções de ações voltadas ao enfrentamento das violências e da política de saúde mental.



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi realizado um estudo epidemiológico que propõe descrever os dados quantitativos extraídos do Sinan com informações secundárias apresentadas a partir do preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, no município de Diamantina (MG). Tais dados são de domínio público de acesso irrestrito, pertencentes ao *síte* de Informações de Saúde (TABNET) (MINAS GERAIS, 2020).

O recorte temporal adotado estendeu-se de 2013 a 2019 (lote processado em março de 2020), que ocorreu em virtude do início da obrigatoriedade da notificação de violência em todos os serviços de saúde do país a partir de 2012. Importante esclarecer que todos os estabelecimentos de saúde, público e privados, são responsáveis pela notificação dos casos.

As secretarias municipais de saúde dos locais de ocorrência do agravo realizam o processamento dos dados no sistema e, posteriormente, há a transferência dos mesmos para a esfera estadual e federal para uma base de dados nacional. A ficha de notificação, entre outras variáveis disponíveis, contém dados da pessoa atendida, de sua residência, dados da ocorrência, tipologia e natureza da violência, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento. Foram selecionadas as seguintes variáveis para análise:

- a) número de notificações de violência e unidades notificadoras;
- b) características da vítima/pessoa atendida (sexo, idade, raça/cor da pele);
- c) características da ocorrência (local, violência de repetição, meio da agressão);
- d) tipo de violência;
- e) características do autor da violência (sexo, vínculo com a vítima, suspeita de consumo de bebida alcoólica).

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados estatisticamente realizadas com o auxílio do software SPSS® for Windows® (*Statistical Package for the Social Sciences Inc.*) na versão 25.

Neste estudo foram respeitados todos os aspectos éticos legalmente previstos, com aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), por meio do Parecer nº 3.900.238 (ANEXO B) e a manutenção do respeito ao sigilo dos informantes.

### **3.2 A ESCOLHA DO CAMPO E O CONTEXTO DE PESQUISA**

O município de Diamantina (MG), localizado no Vale Jequitinhonha, abriga, de acordo com último censo, uma população de 45.880 habitantes em seus 3.891,6 km<sup>2</sup> de extensão territorial (IBGE, 2010).

De acordo com o IBGE, a estimativa da população residente em 1º de julho de 2020 é de 47.825 habitantes (IBGE, 2020).

No que se refere a estrutura do serviço de saúde e suas redes de atenção, o município de Diamantina (MG) destaca-se por ser polo regional de saúde, pertence à macrorregião de Saúde do Jequitinhonha e microrregião de Diamantina (Deliberação CIB-SUS/MG nº. 3.013, de 23 de outubro de 2019) (MINAS GERAIS, 2019c). De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), do Ministério da Saúde, o município possui 139 estabelecimentos de saúde.

#### **Quadro 2: Número de estabelecimentos de saúde por clínica no município de Diamantina (MG).**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Quantidade</b>
Posto de Saúde	09
Unidade de Saúde da Família	14
Policlínica	01
Hospital Geral	02
Consultórios Isolados/Odontológico e Drogarias	87
Clínica/ Centros Especializados	11
Unidade Móvel Terrestre	01
Unidade Móvel Pré-Hospitalar	02
Central de Gestão	03
Central de Atendimento Psicossocial	01
Unidade de Apoio Diagnóstico	07
Laboratório Saúde Pública	01

Fonte: Diamantina (2017).

Considerando as redes de atenção à saúde, é possível identificar indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, rede de atenção às urgências, rede

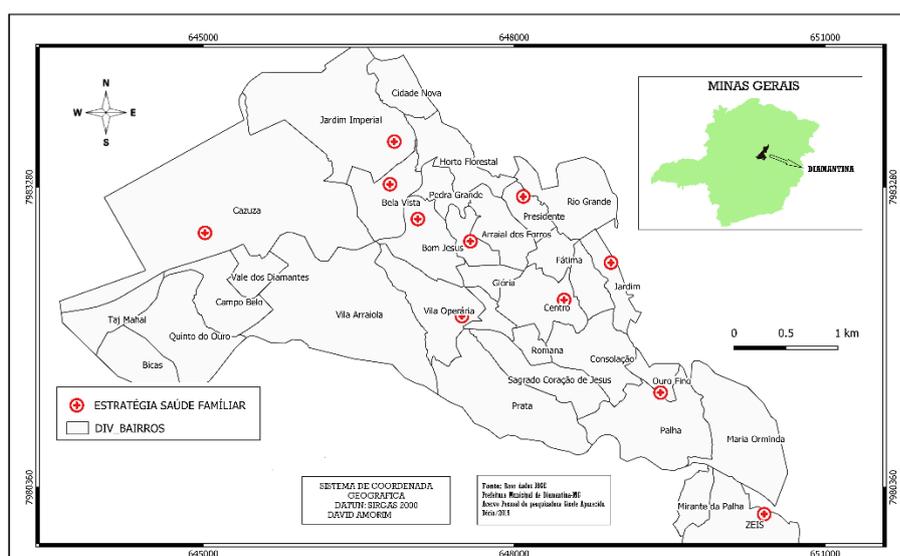
de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade. A proporção de cobertura populacional estimada de Equipes da ESF do município de Diamantina é de 96% (DIAMANTINA, 2017).

**Quadro 3: Estratégias de Saúde da Família do município de Diamantina (MG).**

<b>Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>	<b>Localização</b>
ESF Arraial dos Forros	Rua João Evaristo nº. 232 - Bairro Arraial dos Forros
ESF Bela Vista	Rua Esmeralda nº. 253 - Bairro Bela Vista
ESF Bom Jesus	Rua Elvira Ramos Couto nº. 482 - Bairro Bom Jesus
ESF Cazuza	Rua José Anacleto Alves nº. 610 - Bairro Cazuza
ESF Centro	Rua do Rosário nº. 85 – Centro
ESF Desembargador Otoni	Rua São Vivente nº. 70 - Distrito (Pontos de Apoio Planalto de Minas, Baixadão)
ESF Gruta de Lourdes	Rua Nossa Sra. de Lourdes nº. 3701 Bairro Gruta de Lourdes (Pontos de Apoio Extração, Vau, Fazenda Santa Cruz, Algodoeiro e Covão)
ESF Inhaí	Rua da Prata nº. 190 - Distrito (Pontos de Apoio Mendanha, Maria Nunes)
ESF Jardim Imperial	Rua D João VI, 0 - Bairro Jardim Imperial (Ponto de Apoio - Comunidade de Pinheiro)
ESF Palha	Rua Farinha Seca nº. 1497 - Bairro Palha
ESF Renascer	Rua Herculano Pena nº. 344 - Bairro Rio Grande
ESF São João da Chapada	Rua da Matriz, 0 Distrito (Pontos de Apoio Sopa, Guinda)
ESF Senador Mourão	Rua do Rosário nº. 142 - Distrito (Ponto de Apoio Comunidade do Capoeirão)
ESF Vila Operária	Rua do Progresso nº. 63 - Bairro Vila Operária
ESF Viver Melhor	Rua Aristides Rabelo nº. 180 - Bairro Rio Grande

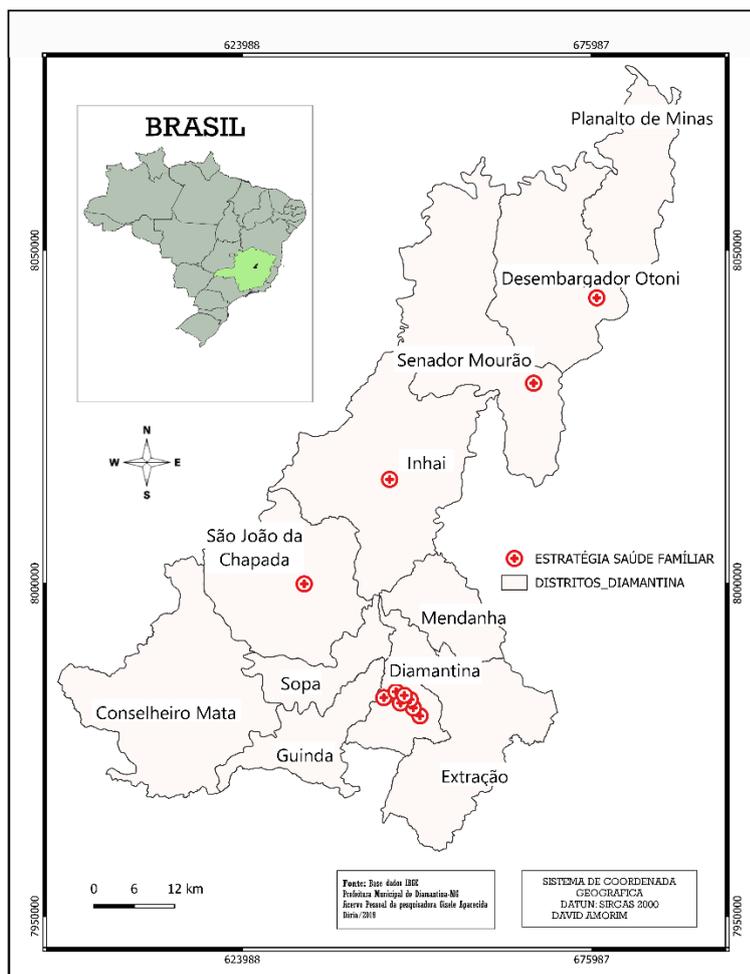
Fonte: Dados da pesquisa.

**Figura 2: Localização das Estratégias Saúde da Família (ESF) nos bairros da área urbana do município de Diamantina (MG).**



Fonte: Acervo da autora (2020).

**Figura 3: Localização das Estratégias Saúde da Família (ESF) nos distritos da área rural do município de Diamantina (MG).**



Fonte: Acervo da autora (2020).

Ao realizar uma pesquisa no *site* da Sala de Situação Municipal, que consiste em uma plataforma que oferece informações consolidadas sobre dados em saúde de base municipal voltada para consulta pública, foi possível identificar uma série histórica do número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Em 2016 foram cinco, quatro em 2017, sete em 2018 e 2019. Estes dados revelam a quantidade de estabelecimentos que notificaram violência no sistema.

### 3.2.1 Plano Municipal de Saúde de Diamantina, 2018/2021

O Plano de Saúde é um instrumento de gestão que consolida, em cada esfera de governo, o processo de planejamento na área da saúde para um determinado período, compondo a base das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS. É um documento de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias, e

de metas. É nos Planos de Saúde que se devem fazer constar as prioridades estabelecidas nas Agendas de Saúde e a previsão dos mecanismos necessários para a execução dessas prioridades (BRASIL, 2002).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Diamantina para o período de 2018-2021 foi construído a partir da consideração da realidade e necessidade de saúde do município. O Plano contém as diretrizes, objetivos (nacionais, estaduais e municipais), estimativa de metas a serem atingidas de recursos e de gastos, e estratégias de ação e compromissos de governo para o setor, com a participação dos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a perspectiva do Sistema Único de Saúde.

Desta forma, este documento tem como objetivo principal organizar e nortear as ações de saúde desenvolvidas e a aplicação dos recursos financeiros no período de 2018 a 2021, priorizando ações de curto, médio e longo prazo.

Ao realizar uma busca neste PMS sobre possíveis diretrizes relacionadas a vigilância da violência, foi possível identificar que esta temática está incluída na agenda das ações de saúde municipais, através da diretriz 03, que preconiza a redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável (DIAMANTINA, 2017).

O objetivo defendido por esta diretriz é qualificar o preenchimento da Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada promovendo a completude dos dados a fim de conhecer os limites e potencialidades da articulação das redes de cuidados e proteção às pessoas em situação de violência no território, bem como subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais para a redução da morbimortalidade decorrente de violências e promover a equidade, a qualidade de vida e a Cultura da Paz. O PMS apresenta como meta o aumento do número de notificações de violência com o campo 65 preenchido adequadamente, tendo como indicador o percentual de notificações de violência com o campo 65 (encaminhamentos) preenchido adequadamente com, pelo menos, um encaminhamento (DIAMANTINA, 2017).

Identifica-se claramente que tais propostas acima estão de acordo com as preconizadas pelo ProMAVS, inclusive, a meta atual do ProMAVS para a vigilância estadual da violência é 75%, considerando o ano de 2020. De acordo com o PMS, foi

pactuada a seguinte série histórica e metas: 2016: n/a, 2017: 70%, 2018: 70%, 2019: 75%, 2020: 75%, 2021: 80% (DIAMANTINA, 2017).

Desta forma, percebe-se que, no município de Diamantina (MG), incentivado pela política da vigilância da violência da SES-MG, a SMS municipal já considera a violência na agenda da saúde e, pode-se destacar até mesmo um compromisso do aumento da meta para 2021 para 80%. Registra-se, desta forma, um panorama de cumprimento e aumento de metas, relacionadas aos números da violência notificada, além da perspectiva de se trabalhar com a concepção ampliada de saúde, tendo a violência como objeto da intersectorialidade, na qual o campo da saúde coletiva se integra.

### *3.2.2 Protocolos de assistência à vítima da violência de Diamantina*

A SES-MG, no ano de 2015, iniciou uma série de capacitações dos profissionais de saúde sobre a temática da Violência e Saúde, em especial, sobre a Ficha de Notificação de Violência.

No município de Diamantina (MG), os profissionais da rede de saúde participaram de capacitações realizadas pela Superintendência Regional de Saúde - Diamantina (SRS-Diamantina), além da presença mais atuante, por meio das reuniões de monitoramento das metas das vigilâncias, da referência técnica em violência da SRS-Diamantina junto às equipes das secretarias municipais de saúde.

Importante destacar também que, desde 2018, foi criada a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher do Alto Jequitinhonha, que engloba 26 municípios regionais. Este movimento surgiu a partir do Fórum Permanente de Combate à Violência Contra a Mulher do Alto Jequitinhonha realizado no dia 2 de fevereiro de 2018 na cidade de Diamantina (MG), devido aos três feminicídios que ocorreram na nossa região no final do ano de 2017 e início de 2018 e uma tentativa de feminicídio.

A Rede refere-se à atuação articulada entre as instituições do poder público e a sociedade civil organizada, para o enfrentamento à violência de gênero contra a mulher e a efetiva aplicação da Lei Maria da Penha. Para tanto, a Rede atua na busca do aprimoramento e integração dos serviços públicos, em especial da assistência psicossocial, do sistema de justiça da segurança pública, da saúde e da educação, tendo como foco a integralidade e humanização do atendimento à mulher e situação de violência.

Esta organização tem como uma das maiores potências de parceria, a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) de Diamantina (MG). Esta instituição, desde 2013, vem desenvolvendo várias ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e violência sexual contra as mulheres. Dentre as ações de prevenção, várias capacitações dos profissionais da assistência da rede, inclusive dos profissionais de saúde, tendo como temática a violência interpessoal contra mulher, foram planejadas e executadas pela DEAM e a rede intersetorial municipal.

Este movimento de capacitação dos profissionais pela SRS-Diamantina e os eventos em parceria com a DEAM e a Rede, apesar do foco na violência contra a mulher, foram definidores para a construção de fluxos de assistência à vítima da violência. Em 2015, foi criado e implantado o Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Não Sexual em Diamantina (APÊNDICE A) e em 2019 foi atualizado o Fluxo de Encaminhamento e Atendimento à Vítima de Violência Sexual, que havia sido elaborado também em 2015 (APÊNDICE B).

Importante destacar a importância do desenvolvimento destes protocolos, uma vez que a notificação da violência é tida como um instrumento de proteção e cuidado, sendo possível, por meio do seu efetivo preenchimento com qualidade, a mobilização da rede de serviços. Esta linha de cuidado orientada por estes documentos, prevê o acolhimento, atendimento, cuidados profiláticos/tratamento e seguimento na rede de cuidado e proteção social.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão apresentados a seguir são de dados extraídos da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do município de Diamantina, durante o período de 2013 a 2019. Conforme já descrito anteriormente, foram selecionadas algumas variáveis e categorizadas em grupos de análise.

### 4.1 CATEGORIA: NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES E UNIDADES NOTIFICADORAS

Nesta categoria, com base na Tabela 1, foi analisada a evolução dos números das notificações das violências interpessoais e autoprovocadas realizadas, considerando a série histórica do período de estudo. Também foi apresentada uma investigação e reflexão sobre a atuação das unidades de saúde responsáveis pelos registros.

**Tabela 1: Notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada por unidade de saúde notificadora, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Unidade notificadora	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%
Centro de Saúde Bela Vista - ESF* Cazuza	-	-	-	-	2	3,7	-	-	3	2,2	1	1,1	6	1,1		
EACS** Sol São João da Chapada	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7	-	-	1	0,2		
ESF* Bela Vida Bairro Bela Vista	-	-	-	-	1	1,9	-	-	-	-	-	-	1	0,2		
ESF* Encontro com a Saúde Arraial dos Forros	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,6	-	-	2	0,4		
ESF* Gruta de Lourdes	1	5,9	-	-	1	1,8	-	-	1	0,7	-	-	3	0,6		
ESF* SBM1 Renascer Rio Grande	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7	1	1,1	2	0,4		
ESF Vida Nova Senador Mourão	-	-	-	-	-	-	-	1	0,9	-	-	-	1	0,2		
Hospital de Nossa Senhora da Saúde	7	41,1	18	40,0	47	84,0	47	87,0	61	56,5	83	61,5	69	73,4	332	65,2
Policlínica Regional Doutor Lomelino Ramos Couto	1	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,2	4	0,6	
Santa Casa de Caridade	8	47,1	26	57,8	4	7,1	2	3,7	45	41,7	44	32,6	20	21,3	149	29,3
Secretaria Municipal de Saúde	-	-	1	2,2	4	7,1	2	3,7	1	0,9	-	-	-	-	8	1,6
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>135</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>509</b>	<b>100</b>

Notas: \*ESF: Estratégia Saúde da Família; \*\*EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Minas Gerais (2020).

#### 4.1.1 Números de notificações de violências

Os resultados revelaram que foram notificados 509 casos de violência interpessoal/autoprovocada em Diamantina, entre os anos de 2013 a 2019. Estas notificações foram realizadas por estabelecimentos de saúde do município, sendo pessoas residentes ou não residentes no município. Deste total, em escala temporal, as notificações de violência foram: 17 em 2013, 45 em 2014, 56 em 2015, 54 em 2016, 108 em 2017, 135 em 2018 e 94 em 2019. Considerando o primeiro ano de notificação até 2018, houve um aumento de oito vezes o identificado em 2013, apontando uma progressão sistemática e acentuada nas notificações. Em 2019, houve uma diminuição no crescente do número de notificações que estavam sendo lançadas, totalizando 94 casos.

Nos dados do município foi possível identificar um número baixo de notificações nos anos iniciais da implementação do serviço de vigilância epidemiológica, o que é esperado considerando ser um projeto novo. No entanto, considerando a série histórica, percebe-se uma evolução da variável referente ao número de casos notificados ao longo do período analisado. Em 2017, houve um aumento de cerca de 50% no número de notificações comparando ao ano anterior, que se manteve crescente no ano de 2018.

Neste período, o comportamento da vigilância epidemiológica municipal possivelmente influenciou no aumento do número de notificações. Há registros, conforme já relatado, de investimento em práticas pedagógicas por iniciativa da SES-MG, através da SRS-Diamantina, sobre a Ficha de Notificação de Violência tendo como público-alvo os profissionais da saúde da Atenção Primária e dos hospitais locais sobre a Política da Vigilância da Violência e a Ficha de Notificação de Violência no ano de 2016.

Além da capacitação dentro de uma perspectiva de conhecimentos e habilidades, pode ter ocorrido também uma maior sensibilização e responsabilidade assumida pelos agentes notificadores. Desta forma, uma rede mais capacitada e mais sensível levou a este aumento no número de casos que, inclusive, vem se perpetuando, uma vez que entre 2017 e 2018 houve um aumento gradual de registros. Importante salientar que o crescimento do número de notificações não implica, necessariamente, aumento do número de casos de violência, conforme observado em outros estudos (VELOSO *et al.*, 2013; BRASIL, 2013b).

Destaca-se que, paralelo a estas iniciativas territoriais, o PFV, que já estabelecia o caráter compulsório da notificação dos casos suspeitos/e/ou confirmados de violência pelos profissionais de saúde desde o ano de 2012, tornou esta vigilância mais rigorosa a partir da exigência de cumprimentos de metas mínimas de notificação. Havia uma colaboração direta da equipe da vigilância da SRS-Diamantina com a equipe da vigilância municipal, por meio de reuniões mensais conhecidas como Monitoramento das Metas da Vigilância, que se consistia em avaliação do cumprimento das metas, além de intervenções educativas.

Diante do exposto, é fato que a conscientização sobre a importância da notificação, a quebra de preconceitos e o treinamento correto para diagnosticar situações de violências são condições necessárias para que o profissional seja capaz de identificar e notificar as violências (SALIBA *et al.*, 2007). Sendo assim, acredita-se que os agentes obstaculizadores do processo de notificação das violências podem ser minimizados a partir da capacitação dos profissionais da saúde, bem como o diagnóstico precoce e a condução adequada dos casos de violência (DESLANDES *et al.*, 2011).

Outra possibilidade de compreensão quanto ao aumento dos casos notificados foi a realização de um Seminário sobre a Rede Intersetorial de Violência Municipal onde iniciou um processo de discussão sobre a rede de assistência intersectorial às vítimas de violência. A partir deste encontro, formou-se um grupo de profissionais responsáveis pela elaboração de dois documentos importantes para organização da assistência, conforme já citados: o Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Não Sexual em Diamantina e o Fluxo de Encaminhamento e Atendimento à Vítima de Violência Sexual em Diamantina, ambos implantados em 2015. Estudos revelam que há uma maior tendência na efetivação da notificação da violência nos grupos em que há um maior envolvimento do poder público com políticas que instrumentalizam o profissional para o encaminhamento dos casos aos órgãos competentes (LEAL; LOPES, 2005).

Desta forma, é possível relacionar o aumento no número de notificações no município de Diamantina (MG) com a capacitação dos profissionais, uma ação atuante da equipe da Vigilância Epidemiológica da SRS-Diamantina junto à secretaria municipal de saúde e a articulação e fortalecimento da rede do fluxo de assistência. Isso possibilita adoção de condutas mais adequadas frente aos casos de violência, uma vez que a omissão em notificar os casos atendidos leva a um conhecimento

precário da dimensão da violência no Brasil e do seu perfil epidemiológico, comprometendo a construção de políticas públicas eficazes, além da garantia do cuidado.

#### 4.1.2 Unidades de saúde notificadoras

*“Um irmão é maltratado e vocês olham para o outro lado?  
Grita de dor o ferido e vocês ficam calados?  
A violência faz a ronda e escolhe a vítima,  
e vocês dizem: "a mim ela está poupando,  
vamos fingir que não estamos olhando".  
[Bertolt Brecht]*

Em relação aos casos de violência, de acordo com a unidade notificadora, a maioria das notificações foram realizadas em serviços de urgência e emergência, sendo que 332 (65,2%) foram notificados no Hospital Nossa Senhora da Saúde e 149 (29,3%) casos na Santa Casa de Caridade, representando um total de 481 (95,5%) notificações sistematizadas pela rede hospitalar.

Verifica-se um número reduzido de notificações realizadas em Unidades de Saúde da Família (USF), sendo um total de 16 (3,1%) casos notificados. A Tabela 1, estruturada em ordem crescente, apresenta os equipamentos de saúde do município de Diamantina (MG) que realizaram a notificação de violência entre 2013 e 2019. Somente sete das 15 USF realizaram notificação, destaque para a ESF Cazuza, que notificou seis casos (1,1%).

A SMS-Diamantina aparece como unidade notificadora de violência com oito (1,6%) notificações. A profissional referência técnica da vigilância da violência do município esclarece que são notificações feitas por profissionais de USF que não quiseram assinar a ficha, então foi lançada no sistema com a assinatura da referência técnica.

Na Policlínica Regional Dr. Lomelino Ramos Couto foram notificados quatro casos (0,6%), sendo três notificações no ano de 2019. Neste estabelecimento funciona o Serviço de Assistência Especializada (SAE), que é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo acometidas do *Human Immunodeficiency* [vírus da imunodeficiência humana]/*Acquired Immunodeficiency Syndrome* [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida] (HIV/Aids) e hepatites virais.

Na literatura, é possível corroborar os números do município, ao identificar que a grande maioria das notificações de violência são oriundas de hospitais. Deslandes

(1999) discorre sobre esta tendência ao defender que em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência e para a maioria das vítimas de violência é a "porta de entrada" no sistema público de saúde, a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Ela conclui que em muitos casos é um dos únicos momentos em que a violência será declarada.

No entanto, Sant'Anna (2000) alerta que os serviços de emergência estão voltados para a queixa do momento e a crescente demanda dificulta a oferta de um atendimento articulado e consequente.

Estudos identificam que apesar desta convivência diária com a violência na demanda dos atendimentos e a importância vital das urgências no cuidado dos casos de violência, é notável o despreparo dos profissionais para se envolverem com essas vítimas senão com o atendimento ao trauma. O serviço de notificação é precário ou inexistente, de modo que a violência não é "diagnosticada", ou o fato é tratado como "lesão causada por agressão" (LEAL; LOPES, 2005).

Desta forma, é possível concluir que, em geral, são os casos mais graves que procuram ajuda nos hospitais e serviços especializados. Já a captação de casos agudos ou de caráter mais eventual em USF é muito pequena, e talvez pudesse ser uma alternativa importante para sua prevenção ou a redução das formas mais graves (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

No presente trabalho, os números corroboram esta perspectiva, uma vez que há um número reduzido de notificações realizadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente se comparada aos hospitais locais. Assim, é importante refletir também sobre a relação da APS com a notificação da violência.

A APS consiste em um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que tem como alvo a promoção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento e a vigilância em saúde. É desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

Pereira (2016) reforça este conceito ao defender que a atenção primária é a base organizadora do sistema de saúde público brasileiro, além de ter como característica o deslocamento de foco do indivíduo doente para a família e a comunidade e o privilegiamento das ações de prevenção e promoção da saúde em

detrimento da exclusiva busca pela cura de doenças. Ele também destaca o uso de uma noção ampliada de saúde não restrita aos processos corporais individuais, a adoção da assertiva de que os fenômenos que envolvem a saúde das populações são parte das responsabilidades dos “Estados”, devendo eles intervir nesse campo de questões, e a apropriação do conceito que a intervenção profissional, para alcançar mais sucesso, deve se dar através do estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos.

Assim, pode-se salientar este caráter de extrema potencialidade da APS, que consiste na escuta e no vínculo. É possível compreender que a prática do acolhimento por meio da escuta e do diálogo marca o cotidiano de trabalho das equipes, embora não esteja definida como estratégia institucional de organização do trabalho.

Os sentimentos de compromisso e vínculo estimulam práticas mais integradas, marcadas pela intersetorialidade e interdisciplinaridade (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Oliveira (2005) reflete que, no Brasil, a APS tem se constituído a pedra angular para a viabilização do SUS, facilitando a aproximação entre os profissionais de saúde e clientela de áreas de abrangência definidas, descortinando, dessa forma, problemas que anteriormente permaneciam na desinformação dos serviços.

Entretanto, percebe-se que, apesar de toda esta potência da APS, a realidade dos dados das notificações das violências no município revela dificuldades na efetiva responsabilização dos profissionais no que se refere à política da vigilância da violência. Estudos corroboram esta perspectiva, especialmente quando se trata sobre a notificação da violência pelos profissionais da APS, como não sendo uma prática destes profissionais. Muitos casos ainda permanecem na invisibilidade, não sendo notificados e, por isso, não reconhecidos. Observa-se que a notificação é frequentemente negligenciada, sendo possível confirmar a hipótese sobre uma subnotificação do agravo (KIND *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2012). Há, muitas vezes, o conhecimento do caráter compulsório desta notificação, no entanto, o serviço não a notifica nem a registra, revelando um forte determinante da invisibilidade da violência como problema de saúde no cenário (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Dentre os motivos apresentados, destacam-se o desconhecimento da notificação, sua importância e obrigatoriedade, falta de tempo em decorrência dos processos de trabalho e a fragilidade da dimensão técnica das categorias profissionais (KIND *et al.*, 2013). Rolim *et al.* (2014) destacam como motivos para a subnotificação: não conhecer a ficha de notificação, menor tempo de trabalho no serviço notificador,

ausência da ficha de notificação na unidade de saúde, não confiar nos órgãos de proteção, não saber para onde encaminhar os casos e ter medo de envolvimento legal.

Pesquisa realizada sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na ESF da cidade de Olinda (PE), identificou alguns fatores que influenciam a notificação da violência. Nos resultados, mostraram-se como fatores que atuam facilitando o processo de notificação: o fato de o profissional ter pós-graduação em Saúde Coletiva, ter sofrido violência em alguma fase da vida, ter discutido a questão da violência ao longo da formação profissional e no ambiente de trabalho, ter participado de algum treinamento voltado à temática e conhecer a ficha de notificação, e alguma lei que torne compulsória a notificação pelos profissionais de saúde; entre outros (SILVA, 2012).

Por outro lado, algumas das dificuldades mais relatadas e que atuam como fatores obstaculizadores do processo de notificação da violência constatadas na pesquisa são: o receio dos profissionais sofrerem represálias por parte do autor da violência e consequências no trabalho, a falta de articulação e comunicação entre a Saúde e outros setores da sociedade, a ausência de uma rede de suporte que forneça um respaldo aos profissionais, o tempo curto para atender os casos de rotina que chegam às USF e ainda notificar as situações de violência, o preenchimento da ficha de notificação que pode parecer complexo e extenso, despreparo dos profissionais para identificar e notificar os casos, o fluxo não sigiloso da ficha de notificação, o não feedback dos casos por parte dos outros setores, bem como a burocracia deles e a consequente identificação do profissional notificador, a exposição dos profissionais nas USFs, que faz com que eles fiquem mais vulneráveis à violência, o despreparo da ESF para manejar da forma mais adequada as situações de violência e o pacto de silêncio existente na comunidade (SILVA, 2012).

Vistas estas questões, percebe-se que, apesar da obrigatoriedade da notificação, Deslandes (1994) observa que a definição a priori das normas legais não foi precedida nem acompanhada de normas técnicas e éticas geradas pelos e para os profissionais de saúde. No entanto, atualmente, essa observação pode ser relativizada, uma vez que já há documentos que regulamentam, de uma certa forma, o procedimento a ser tomado pelo profissional de saúde, como já descritos, que são avanços no campo da saúde e cidadania. Contudo, há uma lacuna a ser superada entre os preceitos legais conquistados e diretrizes institucionais deliberadas sobre a

política da vigilância da violência e a atuação dos profissionais de saúde, que deve ser mediada por uma escuta e olhar ampliados sobre este complexo fenômeno.

Todas as dificuldades apontadas pelos profissionais, aliadas muitas vezes à falta de estrutura dos serviços de saúde, colaboram para que a violência continue subnotificada nos serviços de saúde, em especial, na Atenção Primária. No entanto, Silva (2012) traz uma provocação: é notável o avanço na ampliação do reconhecimento da violência como um problema de Saúde Pública por parte do MS ao incluir a violência na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, contudo, segundo este autor, há de se analisar se é prudente e justo obrigar a notificação dos casos num cenário onde, muitas vezes, não há um respaldo que resguarde, ampare e auxilie os profissionais de saúde encarregados de notificar a violência.

## **4.2 CATEGORIA: CARACTERÍSTICAS DA PESSOA ATENDIDA**

Nesta categoria pretende-se verificar características da pessoa atendida nos episódios de violência notificados pelas unidades de saúde. Para isso, foram consideradas três variáveis de análise: faixa etária, sexo e raça. A partir dos números apresentados foi realizada uma interlocução com a literatura.

### **4.2.1 Faixa etária**

*“Tomado de fúria, só então ele se ergueu da cadeira de balanço.  
Desabotoou o cinto.  
Aquele cinto que tinha duas rodela de metal  
e começou a me xingar apoplético.  
De cachorro, de porcaria, de traste vagabundo,  
se era assim que se falava do seu Pai.  
O cinto zunia com uma força danada sobre o meu corpo.  
Parecia que o cinto tinha mil dedos  
que me acertavam em qualquer parte do corpo.  
Eu fui caindo,  
me encolhendo num cantinho da parede.  
Estava certo que ele ia me matar mesmo”.*  
[Meu Pé de Laranja Lima – José Mauro de Vasconcelos]

Conforme apresentado na Tabela 2, a frequência do número de casos de violência notificados de acordo com a análise por faixa etária, identificou-se maior

prevalência de notificações na infância e pré-adolescência<sup>3</sup> (menor de um ano até 14 anos), totalizando 249 (49%) ocorrências, sendo que na faixa etária de 10 a 14 anos, registrou-se 136 (26,7%) casos, atingindo, portanto, pré-adolescentes, conforme apresentado na Tabela 2. A notificação de casos segundo a faixa etária diferiu entre os anos estudados, sendo que nos primeiros dois anos a prevalência era de casos notificados na faixa etária de 20 a 29 anos.

**Tabela 2: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por faixa etária, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Faixa etária	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor 1 ano	-		-		2	3,6	-		2	1,9	2	1,5	1	0,9	7	1,4
1 a 4 anos	-		1	2,2	5	8,9	6	11,1	4	3,7	15	11,1	11	11,9	42	8,3
5 a 9 anos	1	5,9	6	13,3	12	21,4	11	20,4	7	6,5	14	10,4	13	13,9	64	12,6
10 a 14 anos	4	23,5	8	17,8	13	23,2	17	31,5	36	33,3	29	21,5	29	30,9	136	26,7
15 a 19 anos	3	17,6	7	15,6	5	8,9	7	13,0	14	13,0	17	12,6	10	10,8	63	12,4
20 a 29 anos	7	41,2	12	26,7	7	12,5	9	16,7	26	24,1	22	16,3	15	15,9	98	19,3
30 a 39 anos	-		6	13,3	7	12,5	2	3,7	10	9,3	20	14,8	11	11,9	56	11,0
40 a 49 anos	2	11,8	3	6,7	3	5,4	-		3	2,8	5	3,7	3	2,8	19	3,7
50 a 59 anos	-		1	2,2	-		1	1,9	3	2,8	8	5,9	1	0,9	14	2,8
60 a 69 anos	-		1	2,2	1	1,8	-		2	1,9	2	1,5	-		6	1,2
70 a 79 anos	-		-		-		-		1	0,9	1	0,7	-		2	0,4
80 anos e mais	-		-		1	1,8	1	1,9	-		-		-		2	0,4
Total	17	100	45	100	56	100	54	100	108	100	135	100	94	100	509	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

No caso das violências praticadas contra crianças e adolescentes, vale lembrar que, de acordo a Portaria nº. 1.968 de 2001 (BRASIL, 2001), o Ministério da Saúde estabeleceu a comunicação às autoridades-competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS (BRASIL, 2016). Desta forma, quando se trata de crianças e adolescentes, além da notificação do caso no Sinan (setor Saúde), é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar que tem como atribuição verificar a situação da criança ou adolescente e acionar o Ministério Público, a Autoridade Policial e/ou a Justiça. Desta forma, é aceitável inferir que, na medida em que existem protocolos institucionais de cuidado formalizados, há uma tendência de aumento no número de casos notificados.

Neste caso, fica comprovado como a Ficha de Notificação é um instrumento disparador da linha de cuidado às crianças e adolescentes em situação de violência,

<sup>3</sup> A OMS define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos. Para a OMS, a adolescência é dividida em três fases: Pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos, Adolescência – dos 15 aos 19 anos completos, Juventude – dos 15 aos 24 anos.

sendo possível presumir que este protocolo obrigatório de comunicação à rede de proteção social, além de garantir direitos, também favorece uma maior atenção dos profissionais de saúde para a efetivação do preenchimento da ficha de notificação.

Sanderson (2005), ao realizar um estudo sobre abuso sexual em crianças, observou que crianças mais novas não necessariamente veem o Abuso Sexual em Criança (ASC) como abuso por causa da pouca idade e da falta de conhecimento das coisas. Elas se baseiam nos adultos para formar uma percepção do mundo. Assim, se dissermos a elas que a atividade sexual entre adultos e crianças é normal, acreditarão e considerarão o ASC como algo normal. Além disso, crianças muito pequenas não são capazes de verbalizar suas experiências, o que reduz o risco de revelação. Segundo este autor, são todos estes fatores que muitos pedófilos capitalizam ao deliberadamente escolherem crianças mais novas.

Desta forma, é presumível que muitos destes casos somente notificados na faixa etária de 10 a 14 anos pode ter um histórico de violências anterior a este período do caso revelado em número estatístico e encaminhado para uma linha de cuidado e possível intervenção judicial. Gaspar e Pereira (2018) corroboram esta percepção ao reforçar que tais vítimas, com frequência, não buscam ajuda no período em que sofrem a violência, mas sim anos depois, por culpa ou medo, ou por não terem consciência do que exatamente é um ato de violência sexual.

No contexto do município de Diamantina (MG), é importante considerar novamente que a fonte que mais realizou a notificação foi um hospital que, de acordo com o protocolo do fluxo de assistência às vítimas, realiza atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, o que pode explicar uma maior concentração de casos nessa faixa etária e com este tipo de violência.

Alguns estudos revelam que o olhar dos profissionais de saúde na detecção dos casos de violência à criança e ao adolescente, em especial o abuso sexual, causa maior sentimento de indignação e revolta na equipe de enfermagem. Além disso, como há uma política pública que instrumentaliza o profissional para o encaminhamento dos casos a órgãos competentes, os profissionais se sentem menos impotentes e sensibilizados a desenvolver um olhar voltado para a identificação e o encaminhamento dessas situações (LEAL; LOPES, 2005). São estudos que contribuem para melhor clareza sobre a prevalência das notificações de violência contra criança e adolescentes, especialmente nas redes hospitalares.

Importante conjecturar, dentro desta perspectiva, que estudos sobre homens autores de violência que frequentam grupos de reflexão, relatam que foram vítimas ou testemunhas de violência intrafamiliar quando crianças ou adolescentes (ZUMA *et al.*, 2013). Então, é sabido que crianças são violentadas, não somente quando são o alvo direto de violência, mas também quando são forçadas a testemunhar atos violentos.

Desta forma, recorro a Bell Hooks (2019), teórica feminista e professora, que trata sobre o conceito de violência patriarcal. Este conceito expande a ideia do feminismo como um movimento que não é anti-homem, mas um movimento para o bem e libertação de todos. Ela explica que esta violência acredita ser aceitável que um indivíduo mais poderoso controle outros por meio de várias formas de força coercitiva. Ela traz uma perspectiva interessante: a maioria das pessoas tende a enxergar a violência doméstica entre adultos, em especial homem contra a mulher, como algo separado e diferente da violência contra crianças, quando não é. E isso nubla a realidade de que muito da violência patriarcal é direcionada às crianças por homens, mas também mulheres sexistas. Desta forma, Hooks (2019) defende o fato de que vários ataques violentos contra crianças sejam cometidos por mulheres não é igualmente destacado e visto como outra expressão de violência patriarcal.

Esta autora traz algo interessante sobre a vulnerabilidade especial das crianças, sugerindo que elas não têm uma “voz coletiva organizada”. Desta forma, ela defende uma contracorrente de muitas teóricas feministas, que é a não-hierarquização das violências para combatê-las, mas sim, o fim de todas as violências. Além disso, destaca ser particularmente vital que pais e mães aprendam a maternagem e a paternagem não violentas. Porque nossas crianças não se posicionarão contra a violência, se esta for a única maneira que conhecerem para lidar com situações difíceis (HOOKS, 2019).

#### 4.2.2 Sexo

*“Elas não têm gosto ou vontade  
Nem defeito, nem qualidade  
Têm medo apenas  
Não têm sonhos, só têm presságios...”  
[Mulheres de Atenas - Chico Buarque]*

Segundo o marcador sexo da pessoa em situação de violência, é possível identificar 439 (87,1%) casos notificados do sexo feminino, sendo que este predomínio foi verificado em todos o período estudado, seguindo uma tendência encontrada em

outros estudos (BARUFALDI *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2013). Desta forma, os dados do presente estudo apresentados na Tabela 3, confirmam o que a literatura vem apontando em relação à violência contra a mulher.

**Tabela 3: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por sexo, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Sexo	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	0	0,0	2	4,7	8	15,1	5	8,8	17	15,9	20	15,2	13	14,0	65	12,9
Feminino	19	100,0	41	95,3	45	84,9	52	91,2	90	84,1	112	84,8	80	86,0	439	87,1
Total	19	100	43	100	53	100	57	100	107	100	132	100	93	100	504	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

A violência contra a mulher pode ser definida como todo ato de violência contra a pessoa do sexo feminino, que tenha ou possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclusive as ameaças de tais atos, a coação ou a privação da liberdade tanto na vida pública como na privada (COELHO *et al.*, 2014).

A OMS considera a violência contra a mulher um fenômeno complexo, articulado as relações sociais de gênero. Defende que é um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos, ao causar danos à saúde física, psíquica, incapacidades, invalidez, suicídio, homicídio. Estimativas globais publicadas pela OMS indicam que 35% das mulheres são vítimas de violência física e/ou sexual em algum momento da vida, sendo que uma em cada três mulheres é agredida pelo próprio parceiro, sendo esta a forma mais comum de violência contra as mulheres no mundo, achado também verificado no presente estudo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, no relatório publicado por Eduardo Marques Macário (2019), intitulado “Impacto da Violência na vida das mulheres Perfil de notificações e óbitos no Brasil, 2011 a 2018”, foi identificado um aumento de 255% nas notificações de violência contra mulheres entre 2011 e 2018, tendo como fonte os dados do VIVA/Sinan. Houve também uma melhoria na cobertura do sistema de vigilância, sendo que em 2011, 38% dos municípios realizaram notificação de violência e em 2018, 79% dos municípios. O relatório revelou que mulheres jovens correspondem a mais da metade das notificações e os números de notificações segundo idade da vítima e natureza da violência, identificou que de zero a nove anos, há uma elevada proporção de negligência/abandono (34,5%), seguida pelas violências sexuais

(29,8%), de 10 a 14 anos, destaque para a violências sexuais (42,3%) e 15 a 29 anos (60,3%) e 30 a 59 anos (62,6%), maior frequência de violências físicas. As notificações de violência contra mulheres segundo idade da vítima e provável agressor revelam que as meninas menores de nove anos os familiares são os agressores mais frequentes e mulheres de 15 a 59 anos, os parceiros íntimos são os principais agressores (MACÁRIO, 2019).

Estes dados demonstram que, apesar dos recentes avanços – como a criação da Lei nº. 11.340, de 7 de agosto 2006, a chamada “Lei Maria da Penha” (BRASIL, 2006a) e implantação das DEAM – estes dispositivos não têm sido eficazes em coibir a violência contra a mulher.

O Mapa da Violência de 2020 revela que, de acordo com registros do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil em 2018, o que representa uma taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino. Seguindo a tendência de redução da taxa geral de homicídios no país, a taxa de homicídios contra mulheres apresentou uma queda de 9,3% entre 2017 e 2018. Embora 2018 tenha apresentado uma tendência de redução da violência letal contra as mulheres na comparação com os anos mais recentes, ao se observar um período mais longo no tempo, é possível verificar um incremento nas taxas de homicídios de mulheres no Brasil e em diversas unidades da federação (UF). Entre 2008 e 2018, o Brasil teve um aumento de 4,2% nos assassinatos de mulheres.

Deve-se considerar que, além dos homicídios, as mulheres estão vulneráveis a outros tipos de violência em seu cotidiano: assédio, estupro, violência física, psicológica, moral e econômica. Alguns dados são alarmantes: o FBSP revela que, em média, a cada 11 minutos uma mulher é estuprada no Brasil e de acordo com a ONU, 70% de todas as mulheres do planeta já sofreram ou sofrerão algum tipo de violência em, pelo menos, um momento de suas vidas, independente de idade, contexto social e cultura (GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010).

Considerando a experiência profissional da pesquisadora, observa-se que a violência contra a mulher se consolida em notificações ou denúncias, em sua maioria, quando a mulher já tem um histórico de agressões. Há um processo anterior de humilhações, ofensas, ameaças, tidas como violências psicológicas, que nem sempre são relatadas e consideradas, tornando estas violências invisíveis. Além das possíveis feridas físicas, danos como tristeza, insegurança, baixa autoestima, frustração,

ansiedade e, principalmente, culpa são presentes, mas imperceptíveis, inclusive pela naturalização desta violência.

No município de Diamantina (MG), torna-se salutar considerar a efetiva contribuição da potente parceria da DEAM e da Rede de Enfretamento à Violência contra a Mulher do Alto Jequitinhonha, que viabilizam ações articuladas intersetoriais, que inclui o setor saúde, para a devida e necessária efetivação das políticas públicas do cuidado à vítima da violência, oferecendo, na medida do possível, soluções para os casos mais rápidas, eficazes e, principalmente, com respeito à dignidade do feminino, além do enfrentamento da impunidade com a responsabilização e a punição dos autores da violência.

#### 4.2.3 Raça/Cor

*“O racismo, injustiça e violência varrem o nosso mundo,  
trazendo uma colheita trágica de sofrimento e morte”.*  
[Billy Graham]

*“Lembro de Dandara, mulher foda que eu sei  
De Elza Soares, mulher fora da lei  
Lembro de Anastácia, valente, guerreira  
De Chica da Silva, toda mulher brasileira  
Crescendo oprimida pelo patriarcado,  
Meu corpo, minhas regras  
Agora, mudou o quadro”.*  
[Mulheres - Sílvia Duffraver]

Segundo a variável raça/cor, dados coletados de forma autorreferida, os dados do município de Diamantina (MG) compilados na Tabela 4 confirmam o que a literatura vem apontando em relação a esta variável das pessoas envolvidas em situação de violência: foi identificado 57,9% de notificações da raça/cor parda e 17% preta.

A convenção do IBGE no Brasil, adotada também pelo Ministério da Saúde, trabalha com o que se chama de “quesito cor”, ou seja, a “cor da pele”, conforme as seguintes categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Desta forma, importante destacar que negro é quem se autodeclara preto ou pardo, sendo população negra o somatório de pretos e pardos, sendo preto a cor e negro é a raça. Desta forma, em Diamantina, totalizam-se 74,9% dos casos notificados de violência configurados dentro da identidade racial negra, resultante da soma de pretos e pardos.

**Tabela 4: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por raça/cor, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Raça	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ignorado/Branco	0	0,0	3	4,8	2	3,8	2	3,5	0	0,0	2	1,5	10	10,8	19	3,6
Branca	2	10,5	8	12,9	9	17,0	11	19,3	14	13,1	17	12,9	16	17,2	77	14,7
Preta	3	15,8	9	14,5	14	26,4	11	19,3	17	15,9	19	14,4	16	17,2	89	17,0
Amarela	0	0,0	11	17,7	0	0,0	0	0,0	1	0,9	4	3,0	0	0,0	16	3,1
Parda	14	73,7	14	22,6	27	50,9	33	57,9	74	69,2	90	68,2	51	54,8	303	57,9
Indígena	0	0,0	17	27,4	1	1,9	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	19	3,6
Total	19	100,0	62	100,0	53	100,0	57	100,0	107	100,0	132	100,0	93	100,0	523	100,0

Fonte: Minas Gerais (2020).

Em 2015, um estudo titulado “Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil”, patrocinado pela ONU e o Governo Federal, revelou que a população negra é vítima prioritária da violência no país. Revelou também que as taxas de homicídio da população branca tendem, historicamente, a cair, enquanto aumentam as taxas de mortalidade entre os negros. Por esse motivo, nos últimos anos, o índice de vitimização da população negra cresceu (WASELFISZ, 2015). Considerando que 69,6% das notificações realizadas neste estudo o local de ocorrência foi a residência, é possível inferir que grande parte das violências tem caráter doméstico. Estudos realizados sobre a violência doméstica, identifica que é um tipo de violência que têm duas coisas em comum: gênero e raça, no caso, a mulher negra. A frieza dos números revela que a raça é determinante para as histórias das mulheres que sofrem violência. Apesar de várias políticas públicas voltadas para o enfrentamento à violência doméstica, os índices demonstram seu reduzido alcance para atuar na proteção e direito à vida das mulheres negras (SILVA; MARTINELLI; CARDOSO, 2019).

O recrudescimento do racismo, do conservadorismo e do machismo são elementos que impactam negativamente na vida das mulheres (CARNEIRO, 2017). Dados do Ligue 180, serviço do governo que recebe denúncias de violência contra a mulher, identifica as mulheres negras como principais vítimas da violência doméstica. Em 2016, 60% das mulheres que relataram casos de violência eram negras. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 1.206 mulheres foram vítimas de feminicídio em 2018 e 61% delas era negra.

Pesquisa feita por Romio (2017), ao estudar as condições de vida das mulheres negras no Brasil, foi identificado como a raça diz de especificidades da experiência da violência doméstica. Numa categoria de mulher universal, surgiram tópicos em torno da violência doméstica dentro da conjugalidade, como brigas de

casal, ciúmes e separação. Mas no caso das mulheres negras há variação de cenários, demonstrando padrões diferenciados para as mulheres segundo raça/cor. Elas não são agredidas somente no seu lar, mas também na rua. Há um grande número de violências que têm o companheiro ou ex-companheiro como agressor, mas também há outros autores, como vizinhos, pessoas do ambiente de trabalho ou desconhecidos.

Esta pesquisa chama atenção para o fato de que, de acordo com os relatos de vitimização das mulheres negras, a cor da pele é um importante instrumento simbólico utilizado para a manutenção da submissão, humilhação, desumanização e preservação do controle e poder sobre os corpos e mentes de mulheres negras. Desta forma, é necessário considerar que, sem dúvida, atravessamentos raciais devem ser considerados no que precisa ser feito para o enfrentamento da violência.

### **4.3 CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA**

Nesta categoria objetiva-se compreender alguns aspectos relacionados às características das ocorrências do episódio da violência. Serão tratados números relacionados ao local da ocorrência, violência de repetição e o meio de agressão utilizado na situação da violência. Assim como realizado nas outras categorias, recorre-se a estudos da área para a leitura desta realidade.

#### **4.3.1 Local de ocorrência**

*“Lar, doce lar?”*

O local mais prevalente de ocorrência das violências foi a própria residência da pessoa envolvida na situação de violência, totalizando 328 (69,6%) das notificações, sendo a mais notificada em todos os sete anos investigados na pesquisa, seguida da via pública com 87 (18,5%) das notificações. Os estudos confirmam o resultado encontrado no município de Diamantina (MG) de ser o ambiente doméstico o espaço preferencial para a ocorrência das violências interpessoais e autoprovocadas, conforme apresentado na Tabela 5.

**Tabela 5: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por local de ocorrência, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Local de ocorrência	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Residência	6	40	24	58,5	34	65,4	31	62	73	70,2	99	78,6	61	73,5	328	69,6
Habitação Coletiva	-		1	2,4	-		2	4	-		-		2	2,4	5	1,1
Escola	1	6,7	-		-		-		7	6,7	1	0,8	1	1,2	10	2,1
Local de prática esportiva	2	13,3	-		1	1,9	-		-		2	1,6	-		5	1,1
Bar ou Similar	3	20,0	1	2,4	-		-		1	1,0	4	3,2	-		9	1,9
Via pública	1	6,7	9	22,0	14	26,9	12	24	19	18,3	18	14,3	14	16,9	87	18,5
Comércio/ Serviços	-		-		-		-		-		-		1	1,2	1	0,2
Indústrias/ construção	-		1	2,4	-		-		1	1,0	-		-		2	0,4
Outros	2	13,3	5	12,2	3	5,8	5	10	3	2,9	2	1,6	4	4,8	24	5,1
Total	15	100	41	100	52	100	50	100	104	100	126	100	83	100	471	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

De acordo com o “Mapa da Violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil”, foi evidenciado que em todas as faixas etárias as violências acontecem, de forma preponderante na residência da vítima. Diminui na faixa dos 10 aos 19 anos de idade, mas ainda assim, quase 2/3 dos casos ainda acontecem na residência. A partir dos 15 anos de idade, começam a ter incidência secundária a violência acontecida em via pública (WAISELFISZ, 2012).

Em relação à violência contra a mulher, a literatura corrobora este indicador. No documento Dossiê Mulher foi identificado que a citação às residências das vítimas como os locais da violência em cerca de um terço das denúncias. A maior parte das lesões corporais foi cometida dentro da residência (60,2%), assim como as ameaças (61,5%). Mais da metade dos crimes de feminicídio foram praticados dentro de residência (62,0%), evidenciando a magnitude do contexto doméstico e familiar na violência contra a mulher. Em relação ao tipo de local do fato, mais da metade das tentativas de estupro (56,8%) ocorreu em residência, assim como nos mostram os dados sobre estupros consumados (MANSO; CAMPAGNAC, 2019).

Esta situação, também observada nesta pesquisa, é assustadora e controversa, uma vez que, metaforicamente, este ambiente que representaria um espaço de segurança e proteção, torna-se ameaçador, um *locus* privilegiado para a ocorrência das violências.

O conceito apresentado por Hooks (2019), sobre violência patriarcal no lar, traduz esta realidade dos números. Ela esclarece que esta violência se baseia na crença de que é aceitável para um indivíduo mais poderoso controlar outros por meio de várias formas de força coerciva. Esta definição ampliada de violência doméstica

inclui violência masculina contra mulheres, mas também presente nas relações do mesmo sexo, uma vez que mulheres nas relações com mulheres são muitas vezes vítimas de abuso e que as crianças são também vítimas da violência patriarcal adulta promulgada por mulheres e homens. O termo “violência patriarcal” é útil porque, ao contrário da frase mais aceita “violência doméstica”, lembra continuamente ao ouvinte que a violência no lar está ligada ao sexismo, à dominação masculina (HOOKS, 2019).

Desta forma, é uma violência que acontece no ambiente doméstico, mas que tem características simbólicas ligadas ao sexismo, de homens e mulheres sexistas. Uma violência produzida e reproduzida nesta dinâmica familiar e que é utilizada como forma de comunicação das subjetividades. Subjetividades estas, construídas a partir deste pensamento sexista, onde os mais vulneráveis ficam submetidos ao poder e à hierarquia, resultando nesta violência perpetrada nas quatro paredes.

#### 4.3.2 Violência de repetição

No que se refere à notificação da violência segundo caráter de repetição, considerando que o evento registrado ocorreu outras vezes, os dados do município de Diamantina (MG) revelam 46,2% das notificações com esta característica, conforme aponta a Tabela 6.

Resultado de estudo realizado com informações relativas a casos notificados de violência contra a mulher em 970 municípios do Brasil no ano de 2010, revelam que a violência de repetição ocorre em um terço dos casos (RIBEIRO, 2016). Estudos específicos também sobre a violência contra a mulher, mostram que há um elevado número de mulheres mortas por agressão e a violência de repetição que, segundo pesquisadoras, revelaram a fragilidade das redes de atenção e proteção no atendimento integral, qualificado e oportuno às vítimas (BARUFALDI *et al.*, 2017).

**Tabela 6: Notificações de violência interpessoal/autoprovoada por violência de repetição, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Repetição	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ignorado /Branco	3	17,6	7	15,6	9	16,1	6	11,1	4	3,7	24	17,8	14	14,9	67	13,2
Sim	5	29,4	23	51,1	17	30,4	26	48,1	56	51,9	65	48,1	43	45,7	235	46,2
Não	9	52,9	15	33,3	30	53,6	22	40,7	48	44,4	46	34,1	37	39,4	207	40,7
Total	17	100	45	100	56	100	54	100	108	100	135	100	94	100	509	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

Mediante ao contexto de ocorrência das violências autoprovocadas no Brasil, estima-se que a cada tentativa notificada ocorrem dez tentativas prévias, onde quatro dessas ocorrências não são registradas pelos profissionais de saúde (BERTOLOTE *et al.*, 2005) contribuindo para a subnotificação do agravo e não acompanhamento da vítima no território. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), também foram as mulheres que apresentaram maioria na repetição das lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio quando comparadas aos homens, segundo dados brasileiros entre 2011 e 2016.

Wallauer (2019) oferece uma perspectiva para possível leitura sobre a violência de repetição. Ela explana sobre as possíveis etapas do ciclo da violência, em especial, contra a mulher: encantamento, isolamento, violência psicológica, violência física, rompimento e reconciliação. Recorrendo ao conceito de metáfora do cerco, considera-se que o que ilustra a violência doméstica é a imagem do cerco, e não do tapa. É uma estratégia usada pelo autor da violência para minar, isolar e fragilizar esta mulher, e quando o confronto físico acontece, ela já está totalmente vulnerável. Ela coloca que este é o *modus operandi* da violência doméstica. Assim, conclui-se que a violência doméstica basicamente é uma violência de repetição, uma vez que ela apresenta intervalos de abraços e carinhos, entre um tapa e outro, camuflando a realidade cruel desta violência.

#### 4.3.3 Meio de agressão

*“Presenciei tudo isso dentro da minha família  
Mulher com olho roxo, espancada todo dia  
Eu tinha uns cinco anos, mas já entendia  
Que mulher apanha se não fizer comida.  
[100% Feminista - Mc Carol]*

Levando em conta o meio utilizado pelo provável autor da agressão para cometer a violência, apurou-se que o principal meio mais utilizado pelo provável autor da violência foi a força corporal/espancamento, com 239 (49,2%) dos casos, seguido por ameaça, com 108 (22,2%) notificações, segundo a Tabela 7. Nesta variável, o total apresentado difere do total de casos notificados, isto se deve ao fato de que numa situação de violência podem ser utilizados mais de um meio de agressão.

Estes números são corroborados em outras pesquisas de perfil epidemiológico da violência notificada, que identificam a força corporal/espancamento e ameaça como os principais métodos usados de violência geradores de notificação (VELOSO

et al., 2013). Importante também considerar os números relacionados ao envenenamento com 38 (7,8%) casos e ao enforcamento com 23 (4,7%) casos notificados. Estes dois últimos podem ser associados aos mais comuns meios de agressão nas tentativas de suicídio.

**Tabela 7: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o meio de agressão, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Meio de agressão	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Força corporal	9	42,9	32	58,2	25	59,5	23	62,2	59	47,2	61	46,9	30	39,5	239	49,2
Ameaça	7	33,3	11	20,0	11	26,2	6	16,2	29	23,2	27	20,8	17	22,4	108	22,2
Envenenamento	-	-	-	-	-	-	1	2,7	12	9,6	15	11,5	10	13,2	38	7,8
Objeto perfurocortante	1	4,8	3	5,5	1	2,4	1	2,7	10	8,0	6	4,6	7	9,2	29	6,0
Outra	-	-	3	5,5	-	-	3	8,1	5	4,0	8	6,2	7	9,2	26	5,3
Enforcamento	2	9,5	4	7,3	1	2,4	-	-	7	5,6	6	4,6	3	3,9	23	4,7
Objeto contundente	2	9,5	2	3,6	-	-	-	-	3	2,4	5	3,8	1	1,3	13	2,7
Arma de fogo	-	-	-	-	3	7,1	3	8,1	-	-	2	1,5	1	1,3	9	1,9
Objeto quente	-	-	-	-	1	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2
Total	21	100	55	100	42	100	37	100	125	100	130	100	76	100	486	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

A literatura da área revela que enforcamento, intoxicação medicamentosa e envenenamento são os métodos mais utilizados pelo suicida, inclusive com diferenças de gêneros relacionadas à escolha do método. As mulheres tendem a optar por enforcamento, intoxicação medicamentosa, envenenamento e atropelamento. Os homens planejam enforcamento, morte por arma branca, arma de fogo e queda de altura (MINAYO; CAVALCANTE, 2015).

Dentre os meios de agressão apresentados, a ameaça é reconhecida como um tipo de violência psicológica, que é a forma mais subjetiva de agressão. Este meio de agressão é descrito no Instrutivo como uma violência que inclui os gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas internet, entre outras. É uma violência de difícil identificação e por vezes negligenciada pelos profissionais de saúde e até mesmo por quem sofre, por ela vir mascarada pelo ciúmes, controle, humilhações, ironias, ameaças, chantagens e ofensas.

Assim, entende-se que todas as formas de agressão são complexas, perversas e, principalmente, não ocorrem isoladas umas das outras e têm graves consequências para as vítimas.

#### 4.4 CATEGORIA: TIPOS DE VIOLÊNCIA (TIPOS DA VIOLÊNCIA, VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA, VIOLÊNCIA SEXUAL)

“A violência,  
seja qual for a maneira como ela se manifesta,  
é sempre uma derrota”.  
[Jean-Paul Sartre]

Esta categoria sustentou-se na apresentação dos dados relacionados aos tipos de violência, em especial, a violência física, psicológica/moral e violência sexual, uma vez que foram os tipos mais notificados. Referente à violência sexual serão apontados também os registros dos tipos desta violência, bem como uma discussão sobre os dados alusivos às lesões autoprovocadas. Todos os números terão como fio de condução da explanação referências de estudos e reflexões sobre os temas.

##### 4.4.1 Tipos da violência

Na tipificação de violência no município de Diamantina (MG), a violência física totalizou 288 (33,9%) notificações, apresentando maior prevalência. Conforme se verifica na (Tabela 8), embora a violência física seja o tipo mais relatado na maioria dos anos estudados, foi possível identificar em segundo lugar um número significativo de casos de violência sexual notificados no período de estudo, 285 casos (33,6%), em especial, no ano de 2015 (43,4%) e no ano de 2016 (47,6%), onde foi possível verificar maior prevalência de notificações com este caráter. A violência psicológica/moral aparece com 182 (21,4%) ocorrências notificadas, em terceiro lugar.

Necessário salientar que o total de registros de violência segundo o tipo, difere do total de casos notificados no total, pois em alguns casos são preenchidos diferentes tipos de violência para um mesmo episódio de notificação, gerando, assim como considerado no meio de agressão utilizado, uma sobreposição de informação.

**Tabela 8: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por tipo de violência, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Violência	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexual	7	20,6	17	22,1	36	43,4	39	47,6	51	26,6	71	32,4	64	39,5	285	33,6
Física	10	29,4	30	39,0	29	34,9	24	29,3	68	35,4	76	34,7	51	31,5	288	33,9
Psicológica/moral	7	20,6	20	26,0	16	19,3	18	22,0	48	25,0	42	19,2	31	19,1	182	21,4
Outros	10	29,4	10	13,0	2	2,4	1	1,2	25	13,0	30	13,7	16	9,9	94	11,1
Total	34	100	77	100	83	100	82	100	192	100	219	100	162	100	849	100,0

Fonte: Minas Gerais (2020).

Dados do Ministério da Saúde revelam que no ano de 2017, entre os casos de violência interpessoal notificados no Brasil, houve predomínio das agressões físicas (67,7%), seguidas pelas psicológicas (28,8%), negligência/abandono (16,4%) e sexuais (15,4%) (BRASIL, 2019b).

Em relação aos números do município de Diamantina, pela primeira vez os dados da pesquisa não corroboram a literatura, pois os casos de violência sexual no Brasil são de 15,4%, sendo classificada em quarto lugar de violência notificada de acordo com sua natureza. Esta condição será melhor compreendida adiante, no entanto, é algo a ser enfatizado como questão.

Em outra pesquisa, com abrangência de dados nacionais, com o objetivo de apresentar o quadro de violência perpetrada contra crianças (0-9 anos) no Brasil no ano de 2010, baseando-se também nas notificações do Sinan, identificou-se que a violência sexual é a principal notificada, sendo relatada em 41,7% das ocorrências, mais entre meninas do que meninos. A violência física 32,5% segue em frequência, seguida de perto pela negligência/abandono (ambos os tipos são mais comuns entre meninos) (ASSIS *et al.*, 2012).

Em relação à violência contra o idoso, estudo feito com dados do Sinan, em Minas Gerais, identificou que predominou a violência física que vitimou 77,5% dos idosos, seguida da negligência em 5,9% e da psicológica em 4,9% das notificações (ROCHA *et al.*, 2018).

Em relação à violência contra a mulher, estudo realizado no Rio Grande do Sul, objetivando caracterizar as situações de violência contra mulheres notificadas pelos profissionais da saúde, revelou-se que a violência física foi a mais frequente (69,9%), seguida da psicológica (47%) e a sexual (5,5%) (LAWRENZ *et al.*, 2018).

Com o objetivo de identificar os tipos de violência mais notificados no ano de 2014 no município de Porto Nacional, Tocantins, alguns dados são de interesse análise. Considerando as nove formas de violência identificadas na ficha de notificação de violência, a violência física predominou em todos os tipos de violência contra criança/adolescente, mulher e idoso. No entanto, considerando as demais formas de violência em relação às tipologias analisadas, a violência sexual foi a de maior ocorrência entre crianças/adolescentes, a violência psicológica a de maior notificação em relação à violência contra mulher e no que tange à violência contra os idosos não foi identificada nenhuma outra forma de violência. As autoras fazem uma observação que no que se refere à violência contra o idoso, ao defender que ela ocorre

de várias formas e geralmente não são notificadas por serem neutralizadas nas relações familiares, por insegurança dos idosos e por isso não apresentam queixas formais contra os autores da violência ou por subnotificações por parte dos profissionais (SOUSA; DAMASCENO; BORGES, 2016).

Estudo feito em Belém (PA), com dados do Sinan, revelou que os tipos de violência mais prevalentes identificados nas notificações, foram: violência sexual (41,8%); violência psicológica/moral (26,3%) e violência física (24,0%) (VELOSO *et al.*, 2013). No entanto, os autores fazem uma observação pertinente: um hospital materno infantil responsável por um programa de atendimento integral a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, foi responsável por 100% das notificações em 2009 e 99% em 2010 (VELOSO *et al.*, 2013). Desta forma, pode-se inferir que no município de Diamantina (MG), o alto índice de notificações de violência sexual pode ter relação com a maior unidade notificadora identificada no estudo, que é o Hospital Nossa Senhora da Saúde, com 65,2% das notificações realizadas no município, referência no atendimento de violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres.

#### 4.4.2 Violência sexual

- *Realmente foi minha culpa? - perguntou a Minissaia.*  
 - *Não, também aconteceu comigo! - replicou a Burka*  
*Enquanto isso, a Fralda não disse nada,*  
*pois não sabia falar.*  
 [Autor desconhecido]

*Não me toque aqui*  
*Papai, não! O que é isso?*  
*Não, isso não se faz*  
*O senhor deveria me amar*  
*Me respeitar, sem me maltratar*  
*Deveria ser lindo como o sol*  
*A certeza depois do frio*  
*Eu o peixe e o senhor o rio*  
*Assim? Tenho medo, calafrio!*  
 [Lauro Souza, poeta e conselheiro tutelar]

Em relação aos tipos de violência identificados nas notificações, a violência sexual<sup>4</sup> apresentou-se como a segunda maior notificada, com o total de 285 casos

---

<sup>4</sup> *Violência sexual*: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma

(33,6%). Em relação aos casos notificados segundo o tipo da violência sexual, o mais comum foi o estupro, com 239 notificações (61,8%), seguido por assédio sexual, com 120 casos notificados (31%), conforme aponta a Tabela 9. É possível identificar um aumento no número de notificações de violência sexual durante este período, que pode revelar um aumento real do número de casos como possibilidade de análise. Lembrando que também para o mesmo episódio de violência, mais de um tipo de violência sexual pode ter ocorrido e lançado no sistema, gerando uma sobreposição de informação.

**Tabela 9: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o tipo de violência sexual, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estupro	6	75,0	11	55,0	24	45,3	31	72,1	40	63,5	69	71,9	58	55,8	239	61,8
Assédio sexual	2	25,0	2	10,0	19	35,8	10	23,3	19	30,2	25	26,0	43	41,3	120	31,0
Pornografia infantil	-		3	15,0	7	13,2	1	2,3	1	1,6	1	1,0	-		13	3,4
Outros	-		3	15,0	-		1	2,3	2	3,2	1	1,0	1	1,0	8	2,1
Exploração sexual	-		1	5,0	3	5,7	-		1	1,6	-		2	1,9	7	1,8
Total	8	100	20	100	53	100	43	100	63	100	96	100	104	100	387	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

No entanto, outros fatores devem ser considerados para justificar o aumento no número de notificações dos casos de violência sexual, como a publicação da Portaria nº. 1.271, em 2014. A implementação desta prerrogativa, sem dúvida, deve ter contribuído para esta alta. A partir desta publicação as situações de violência sexual passam a ser de notificação obrigatória, mas também imediata, que implica em até 24 horas do conhecimento do fato. Esta atribuição vale também para a violência autoprovocada, diferente dos demais tipos de violência que devem ser notificados em até uma semana (BRASIL, 2014a).

Além da implementação desta Portaria citada, pode-se refletir sobre uma maior conscientização das vítimas em relação a denúncia, como também dos profissionais de saúde que fazem o acolhimento, uma vez que, como já citado, foram realizadas capacitações sobre a temática. Outro fator a ser considerado, foi a estruturação do

---

maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. (BRASIL, 2016).

Fluxo de Encaminhamento e Atendimento à Vítima de Violência Sexual do município de Diamantina (MG), implantado em 2015 e atualizado em 2019.

A violência sexual é tida como um grande desafio no contexto da saúde coletiva. Em revisão de literatura foi identificado que, no Brasil até 40% das mulheres e 35% dos homens relataram alguma forma de agressão sexual no ano anterior ao estudo (WINZER, 2016).

Em artigo publicado em 2018, alguns números sobre a violência sexual foram levantados a partir da análise da evolução das notificações de violência sexual no Brasil entre 2009 e 2013, dando especial enfoque ao estupro. Os dados analisados por eles, oriundos do Sinan, mostraram que as notificações de violência sexual tiveram maior variação positiva em: 10-19 anos (364%), indígenas (520%), da Região Sul (414%), sexo feminino (331%) e baixa escolaridade (343%). Um terço foi casos de repetição, com decréscimo de notificações acompanhadas de espancamento. O local de ocorrência modificou-se, com menos casos ocorridos em via pública. Identificou-se que 70% das notificações de violência sexual no Brasil, entre 2009 e 2013, foram estupros e a taxa de notificação estupro aumentou em 590%, com tendência semelhante aos estupros dentro de casa. Por fim, analisou-se que houve aumento da resolutividade dos atendimentos (GASPAR; PEREIRA, 2018).

Em resumo, este artigo apresentou o perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual notificadas no Brasil, revelou o aumento da notificação de estupros dentro do contexto domiciliar e ainda identificou o aumento da resolutividade das notificações. Estes dados corroboram a realidade epidemiológica do município de Diamantina (MG) em relação às notificações da violência sexual, reforçando a importância deste banco de dados oficiais da vigilância da violência do MS.

Inclusive, foi possível durante o levantamento de referenciais bibliográficos desta pesquisa, identificar um número reduzido de estudos sobre violência sexual com dados provenientes do Sinan, esta fundamental estratégia de vigilância da violência.

Uma reflexão importante é que a violência sexual, assim como todas as violências, tem que ser vista para além das estatísticas. É clara a subnotificação deste tipo de violência, mas deve-se ter um olhar mais subjetivo para este fenômeno.

Geralmente, a violência sexual está acompanhada de outras agressões que incluem a violência física e psicológica. Pode acarretar lesões e traumas nem sempre visíveis, ou mesmo gerar interações, produzir sequelas físicas ou psíquicas, como a depressão e estresse pós-traumático ou levar à morte. A violência sexual, em razão

da própria situação e das chantagens e ameaças, que humilham e intimidam quem a sofreu, pode comumente vir acompanhada de sentimento de culpa, vergonha e medo. (BRASIL, 2015b).

Estes desdobramentos de impactos na saúde mental podem ser potencializados especialmente quando a violência ocorre na infância e adolescência. Essas consequências têm continuação na vida adulta e causam impactos negativos na sociedade, tanto pela perspectiva individual quanto comunitária e econômica (GASPAR; PEREIRA, 2018). Inclusive, levantamento feito pelo Ministério da Saúde, a partir de números do VIVA, em 2011, revelou dados preocupantes em relação a violência sexual na infância e adolescência: a violência sexual em crianças de 0 a 9 anos é o segundo maior tipo de violência mais característico, sendo que a violência sexual contra crianças até os nove anos representa 35% das notificações. Os dados mostram que a violência sexual também ocupa o segundo lugar na faixa etária de 10 a 14 anos, com 10,5% das notificações, ficando atrás apenas da violência física (13,3%). Na faixa de 15 a 19 anos, esse tipo de agressão ocupa o terceiro lugar, com 5,2%, atrás da violência física (28,3%) e da psicológica (7,6%). Os dados apontam também que 22% do total de registros (3.253) envolveram menores de 1 ano e 77% foram na faixa etária de um a nove anos. O percentual é maior em crianças do sexo masculino (17%) do que no sexo feminino (11%) (TELES, 2012).

Desse modo, necessário enfatizar a importância essencial dos profissionais de saúde capacitados e sensibilizados para a identificação e intervenção de situações de violência sexual. É fundamental um espaço de escuta qualificada e atenção humanizada, com tempo, cuidado e respeito durante o atendimento nos serviços de saúde e em toda a rede. Tempo para notificar, para oferecer um atendimento resolutivo e, de preferência, com intervenção interdisciplinar, para garantir as intervenções de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, a prevenção de uma gravidez indesejada e também a garantia do encaminhamento para uma linha de cuidado, em especial, na Atenção Primária. Atenção Primária esta que apresenta importante responsabilidade como ponto da rede estratégico para identificação e ruptura do pacto de silêncio muito perpetuado na violência sexual, uma vez que esta violação é exercida muitas vezes por um familiar ou pessoa de vínculo afetivo com a vítima.

#### 4.4.3 Violência autoprovocada

*“O suicida não é covarde,  
apenas não encontrou outro modo pra matar  
uma dor que o matava todos os dias”.*  
[Sean Wilhelm]

*“Paz, amor, empatia”.*  
[Kurt Cobain]

A violência autoprovocada<sup>5</sup>, pode ser interpretada em duas variáveis da ficha de notificação de violência: uma primeira variável, no campo “Lesão Autoprovocada” e outra no campo “Vínculo com a Vítima”.

Nos dados coletados na pesquisa, os casos que a pessoa atendida provocou lesão contra si mesma ou tentou suicídio, aparece com 53 (10,4%) ocorrências notificadas (Tabela 10).

Nos números da variável da ficha tipo de vínculo, o número de casos notificados de violência causada pela própria pessoa, foi 42 (8,2%) casos (Tabela 13).

Ao considerar as informações coletadas nas tabelas 10 e 13, é possível perceber inconsistência nos dados que pode ter relação com a qualidade do preenchimento da ficha de notificação.

**Tabela 10: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por lesão autoprovocada, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Lesão	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ignorado/Branco	1	5,9	4	8,9	3	5,4	3	5,6	3	2,8	6	4,4	8	8,5	28	5,5
Sim	-		2	4,4	2	3,6	1	1,9	15	13,9	21	15,6	12	12,8	53	10,4
Não	16	94,1	39	86,7	51	91,1	50	92,6	90	83,3	108	80,0	74	78,7	428	84,1
Total	17	100	45	100	56	100	54	100	108	100	135	100	94	100	509	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

Em estudo realizado em serviço de emergência, com busca ativa em prontuários eletrônicos de pacientes atendidos por tentativa de suicídio no serviço de emergência de um hospital, onde realizou-se uma análise comparativa entre os dados coletados e as notificações registradas na ficha, identificou-se que dos 111 atendimentos por tentativa de suicídio no referido serviço, 72 casos destes não foram

<sup>5</sup> *Violência autoprovocada/auto infligida*: compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. Casos de ideação requerem ações de atenção integral em saúde, mas não são objeto de notificação (BRASIL, 2016).

objeto de notificação compulsória, o que corresponde a 64,9% (MARTH *et al.*, 2016). Estas informações revelam uma subnotificação presente nos casos de violência autoprovocada, algo comum também às outras violências, como o sub-registro e a má classificação.

Em estudo realizado na região de Barbacena objetivando análise das fichas de notificação de violência emitidas por serviços de saúde da região de Barbacena no ano de 2018, resultado próximo foi apresentado, considerando que os episódios de lesões autoprovocadas corresponderam a 14,8% do total de notificações de violência (PIOVEZAN *et al.*, 2018). A partir de pesquisa realizada por estudos com estes descritores, é possível inferir uma escassez de estudos, além de boletins epidemiológicos, sobre indicadores de violência autoprovocada a partir da vigilância da violência feita por meio da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Em relação a notificação da violência autoprovocada, os dados do município de Diamantina (MG) reproduzem os dados gerais do estudo, com um baixo número de notificações nos anos iniciais da implementação do serviço de notificação epidemiológica, mas com aumento de notificações entre 2016 e 2017, que pode ser reflexo das ações pedagógicas da vigilância epidemiológica, além de maior maior sensibilização por parte dos profissionais.

Ao realizar um recorte da história da vigilância epidemiológica das violências autoprovocadas no país, identifica-se três possibilidades de notificação relacionadas à temática: a morbidade, por meio da ficha de notificação da intoxicação exógena e a ficha de violência interpessoal e autoprovocada e a mortalidade (óbitos por suicídio) são provenientes das declarações de óbito (DO) em âmbito municipal, lançadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Há uma orientação que para melhor retrato estatístico epidemiológico das notificações sobre a morbidade, que faça um cruzamento, conhecido como linkage, de dois bancos de dados epidemiológicos, o de violências interpessoais/violências autoprovocadas e de intoxicações exógenas<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> *Intoxicações exógenas*: são consideradas um conjunto de diversas reações corporais mediante a exposição de substâncias químicas e/ou biológicas, como medicamentos, água, ar, plantas, agrotóxicos agrícolas entre outros (MOREAU, 2008), sendo classificada como uma tipologia de causa externa que incide diretamente sobre a população causando implicações na saúde e bem-estar.

Desta forma, fazendo um recorte apenas para casos de violências autoprovocadas, monta-se um banco único, traçando um melhor perfil epidemiológico (RECIFE, 2020).

No Brasil, cerca de quatro habitantes por 100 mil, em média, se suicidam, e um número difícil de se calcular tenta se auto infligir a morte. Os números desse fenômeno no nosso país são muito inferiores aos de outros, sobretudo na Europa, Ásia e Estados Unidos. Mas os estudiosos da violência chamam atenção para o fato de que existe uma relação muito forte entre homicídios e suicídios: ambos expressam sintomas destruidores da sociedade. Apesar de, comparativamente, suas taxas não serem muito significativas, os suicídios e as tentativas de autodestruição têm aumentado entre os jovens e os idosos em todo o país (MINAYO, 2013). No Brasil, entre 2009 e 2017, foram notificados 251.693 casos de violências autoprovocadas acometidas principalmente em pessoas do sexo feminino (66,4%) (RECIFE, 2020).

De acordo com o Plano de Ação Integral em Saúde Mental (PAISM), elaborado em 2013, preconizado pela OPAS, faz-se necessário maiores investimentos em ações de vigilância, gestão e assistência voltadas para ações de prevenção e posvenção às violências autoprovocadas. O Brasil participou desta convenção em Genebra, na Suíça, onde foi assinado um documento e uma das prerrogativas é a redução, até 2021, de 15% da taxa de suicídio do país a partir de ações voltadas à prevenção e promoção da saúde mental (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O PAISM ainda não fechou, desta forma, não podemos afirmar que esta meta não foi alcançada, mas, de acordo com a observação dos dados epidemiológicos, a redução ainda não ocorreu de maneira oficial, mas de maneira oficiosa é possível prever que o Brasil não irá bater a meta tendo em vista a desconstrução da política de saúde mental nos últimos anos e também pelo congelamento de gastos (PEC 241), uma vez que o financiamento em saúde está se tornando cada vez mais precário.

As violências autoprovocadas são consideradas agravos que afetam o bem estar populacional e que estão associadas a fatores de origem social, psicológica e cultural. Algumas circunstâncias desencadeadoras como estresse, uso abusivo do álcool e/ou outras drogas, depressão, entre outras são objetos de observação epidemiológica e assistencial (RECIFE, 2020).

Desta forma, nos casos de violência auto provocada o apoio de psicólogos e psiquiatras é fundamental para evitar a recidiva. Além disso, importante ressaltar a necessidade e importância de o tema saúde mental estar incluso nas agendas de educação permanente nos serviços de emergência e na atenção primária.

Em pesquisa realizada que objetivou compreender e analisar a percepção e o conhecimento de médicos residentes em pediatria sobre o comportamento suicida na infância e adolescência, foram apontadas algumas questões: baixa exposição sobre o tema, desinteresse discente no tema e desconforto provocado pelo mesmo, além da falta de compreensão das ações e práticas pediátricas, peculiaridades da pediatria, além de reflexões sobre os Programas de Residência Médica em pediatria. Desta forma, a pesquisa revela os vazios curriculares sobre o comportamento suicida na formação médica pediátrica (SILVA FILHO, 2019).

A partir destas premissas tratadas neste estudo, pode-se concluir que em outros cursos da saúde também prevalece este silêncio em torno da discussão sobre o comportamento suicida. É necessário desmistificar estas temáticas, violência e saúde mental, e inseri-las na agenda da saúde, com ênfase para o suicídio considerando seu impacto clínico-epidemiológico e pelo tabu que representa na formação dos profissionais de saúde.

#### **4.5 CARACTERÍSTICAS DO AUTOR DA VIOLÊNCIA (SEXO, SUSPEITA USO DE ÁLCOOL E VÍNCULO COM A VÍTIMA)**

*“Homens não choram”?  
Frases como essas são um dos gatilhos para gerar homens,  
que, apesar de ter voz, não falam com emoção.  
Sofrem e sentem-se sozinhos.  
E para extravasar, machucam quem está no entorno.  
A quietude verbal e emocional está enraizada nos homens.  
Assim, romper com isso é um movimento de coragem.  
Quebrar o silêncio de sua própria fraqueza e vulnerabilidade, é humanizar-se”.*  
[Eduardo Chakora]

Para realizar o delineamento do perfil do autor da violência foram definidas para título de análise as variáveis alusivas ao “sexo” (Tabela 11), “vínculo/grau de parentesco com a vítima” (Tabela 12) e o “suposto uso de álcool no momento da ocorrência” (Tabela 13).

Em relação ao autor da violência, os principais são do sexo masculino, comprovado com as 407 (85,5%) notificações feitas e, segundo o vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, caracteriza-se pessoas próximas às vítimas, sendo os amigos e conhecidos responsáveis por 131 (25,6%) casos da violência notificada (Tabela 13), seguido por desconhecidos, com 60 (11,7%) casos. Foi

investigado também a presença do uso de álcool durante o episódio de violência por parte do autor, sendo apresentado em 149 (29,2%) notificações.

Corroborando com os dados apresentados no município de Diamantina (MG), ao analisar os dados epidemiológicos brasileiros sobre a violência, os homens são apontados como os principais responsáveis pela violência interpessoal, envolvendo homicídios, e agressões físicas e sexuais (ZUMA *et al.*, 2007).

Os números revelam ainda que os homens são, na verdade, os principais atores envolvidos em situação de violência, tanto como autores como também como vítimas nas violências de natureza extrafamiliar/comunitária.

Ceccheto (2004) traz uma reflexão acerca desta tendência dentro de um olhar sociocultural, considerando modelos culturais de masculinidade. O autor assevera que, em várias sociedades, na socialização dos homens, a aquisição de atributos masculinos comumente se caracteriza por processos violentos. Importante esclarecer que, apesar desta forte conexão entre masculinidade e violência, há aspectos de caráter subjetivos que realmente serão definidores do sentido de masculinidade para cada homem.

Considerando os casos notificados que tiveram interface com suspeita de uso de álcool pelo provável autor da violência no momento da ocorrência, o município contabilizou 149 casos (29,2%). O número de casos em que não havia presença da bebida alcoólica foram de 221 ocorrências (43,5%) e o número de ignorado/branco foi de 139 casos (27,3%). Possível observação a ser feita é se desconsiderar o número de ignorados/brancos, a porcentagem da suspeita de uso de álcool no momento da violência sobe para 40,3%. Segundo orientações do Instrutivo da Ficha de Notificação, esta pergunta deve ser direcionada à pessoa atendida/vítima ou ao acompanhante.

**Tabela 11: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por sexo do autor da violência, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Sexo	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	13	86,7	37	92,5	48	98,0	47	92,2	83	81,4	99	77,3	80	87,9	407	85,5
Feminino	2	13,3	3	7,5	1	2,0	4	7,8	19	18,6	29	22,7	11	12,1	69	14,5
Total	15	100	40	100	49	100	51	100	102	100	128	100	91	100	476	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

**Tabela 12: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada por suspeita de uso de álcool por parte do autor da violência, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Repetição	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ignorado/Branco	2	11,8	11	24,4	21	37,5	15	27,8	27	25,0	32	23,7	31	33,0	139	27,3
Sim	5	29,4	20	44,4	15	26,8	12	22,2	27	25,0	41	30,4	29	30,9	149	29,2
Não	10	58,8	14	31,1	20	35,7	27	50,0	54	50,0	62	45,9	34	36,2	221	43,5
Total	17	100	45	100	56	100	54	100	108	100	135	100	94	100	509	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

**Tabela 13: Notificações de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com o vínculo de parentesco com a pessoa atendida, no período 2013-2019, Diamantina (MG).**

Parentesco	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amigos/conhecido	4	25,0	8	19,0	11	19,6	11	21,2	29	25,2	37	27,4	31	32,3	131	25,6
Desconhecidos	2	12,5	5	11,9	13	23,2	12	23,1	10	8,7	7	5,2	11	11,5	60	11,7
Outros	-	-	6	14,3	13	23,2	8	15,4	6	5,2	14	10,4	10	10,4	57	11,1
Cônjuge	2	12,5	8	19,0	1	1,8	4	7,7	10	8,7	16	11,9	7	7,3	48	9,4
Própria pessoa	-	-	-	-	-	-	-	-	14	12,2	17	12,6	11	11,5	42	8,2
Pai	-	-	5	11,9	7	12,5	4	7,7	7	6,1	11	8,1	6	6,3	40	7,8
Namorado	3	18,8	5	11,9	2	3,6	5	9,6	6	5,2	9	6,7	4	4,2	34	6,6
Padrasto	-	-	1	2,4	-	-	1	1,9	10	8,7	3	2,2	7	7,3	22	4,3
Irmão	1	6,3	-	-	-	-	2	3,8	8	7,0	8	5,9	2	2,1	21	4,1
Mãe	-	-	2	4,8	3	5,4	2	3,8	5	4,3	6	4,4	2	2,1	20	3,9
Ex-namorado	1	6,3	-	-	2	3,6	2	3,8	4	3,5	3	2,2	2	2,1	14	2,7
Ex-cônjuge	1	6,3	2	4,8	1	1,8	-	-	5	4,3	2	1,5	2	2,1	13	2,5
Filho	2	12,5	-	-	-	-	-	-	1	0,9	1	0,7	-	-	4	0,8
Policial/agente de lei	-	-	-	-	1	1,8	1	1,9	-	-	1	0,7	-	-	3	0,6
Patrão/chefe	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	1	1,0	2	0,4
Cuidador	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2
Total	16	100	42	100	56	100	52	100	115	100	135	100	96	100	512	100

Fonte: Minas Gerais (2020).

Alguns estudos revelam, no caso da violência de gênero, que o discurso de mulheres em situação de violência conjugal e o envolvimento com drogas tem uma relação entre o consumo do álcool pelo companheiro e o desdobramento de violência conjugal. Homens não agressivos socialmente tem a agressividade despertada pelo álcool e, por outro lado, homem que já apresentam condutas violentas no cotidiano, com o uso do álcool elas são potencializadas (CARVALHO *et al.*, 2018). Essas substâncias foram consideradas por muitas pesquisas como um dos principais motivos para o desencadeamento da violência física entre os parceiros (MCCAULEY *et al.*, 1995; LEAL; LOPES, 2005).

Por outro lado, Schenker, Constantino e Assis (2007) sugerem que a violência interpessoal que ocorre sob efeito do álcool e outras drogas deve ser contextualizada.

Para encontrar nexos causais entre determinadas substâncias e violência, seria necessário saber se os comportamentos e as atitudes violentas ocorreriam, ou não, no interior desses segmentos, caso as drogas não estivessem presentes. As evidências empíricas sugerem que as drogas lícitas e ilícitas desempenham um papel importante nos contextos em que são usadas, porém a sua importância fica em grande medida dependente de fatores individuais, sociais e culturais.

Os dados do presente estudo também apontaram que segundo o vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, amigos e conhecidos são os responsáveis por 131 (25,6%) casos da violência notificada, seguido por desconhecidos, com 60 (11,7%) casos. No entanto, importante considerar que realizando um somatório das variáveis que têm relação com a vítima dentro de uma perspectiva afetiva-sexual (cônjuge, namorado, ex-namorado, ex-cônjuge), totaliza-se 109 (21,2%) notificações, número expressivo de violências perpetradas por “parceiros íntimos”, que coloca o número desta possível categoria em segundo lugar. Esta tendência está de acordo com outros estudos que figuram este perfil como principal autor na maior parte das violências intrafamiliares (SILVA; COELHO; MORETTI-PIRES, 2014; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

Em relação à violência cometida pelo parceiro íntimo, os estudos revelam que ainda é algo pouco pesquisado, apesar da sua relevância, especialmente como subsídio para a implantação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas que a enfoquem. Segundo a literatura, há uma tendência de se estudar mais a situação da própria vítima da violência do que o agressor. Com isso, há carência de informações sobre o autor da violência, apesar da importância desse conhecimento para o desenho de políticas e intervenções focadas na redução e combate da violência contra a mulher em um sentido amplo (SCHRAIBER *et al.*, 2007)

Na década de 80, o movimento de mulheres brasileiras criou o lema: “O silêncio é cúmplice da violência”, constituindo-se como parte estruturante da história feminista no combate à violência doméstica no Brasil. A inspiração deste lema fazia referência ao silêncio diante das denúncias dos casos, sob o olhar da mulher envolvida na situação de violência, provocando uma reflexão sobre a necessidade do rompimento deste silêncio pelo Estado.

No entanto, Veloso (2011) destaca que outros atores envolvidos nessa dinâmica, como os homens, continuam emudecidos e/ou possuem experiências ainda silenciadas, limitando a compreensão multidimensional da violência doméstica e

intrafamiliar e, conseqüentemente, a promoção de ações e políticas em prol da equidade de gênero.

Desta forma, percebe-se a existência de uma mudez verbal e emocional arraigada nos homens e torna-se premente a necessidade de se romper com esta cultura do silêncio masculino. Uma não autorização do falar sobre emoções altamente tóxicas que geram homens nocivos e poucos humanos. Necessário humanizar este homem, revelando e acolhendo as suas fraquezas e vulnerabilidades. Em sofrimento e solitários, machucados, machucam, feridos, ferem, extravasando a dor no outro ao seu redor, geralmente mulheres, provocando novas dores. Assim, é imperioso dar voz tanto ao feminino, como também aos homens envolvidos em situação de violência.

Considerando esta perspectiva, no município de Diamantina (MG), por iniciativa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, Ministério Público de Minas Gerais e o Conselho de Comunidades da Comarca de Diamantina, em 2020, iniciou-se uma discussão sobre a implantação do “Projeto Resignificar”, que consiste em uma iniciativa para o trabalho com autores de violência. Foi realizado no decorrer do ano um Curso de Formação de Facilitadores de Grupos voltados para homens em situação de violência de gênero, ministrado por psicólogas com qualificação na área a um grupo de voluntários, potenciais facilitadores dos grupos. Esta ação consiste em mais uma etapa necessária à consolidação de um Programa de Enfrentamento à Violência contra Mulheres na Comarca de Diamantina. A proposta para o ano de 2021 é a inclusão do grupo reflexivo com abordagem responsabilizante para homens autores de violência como pena e medida alternativa à prisão. Pelo nome do projeto, torna-se claro a expectativa em relação à participação no grupo como uma possibilidade de resignificar a sua vivência da masculinidade, do ser homem. No entanto, questionar os papéis de gênero ainda atuais, não é uma tentativa de eliminar a masculinidade, mas sim, garantir a estes homens a experiência de forma saudável.

Desta forma, conclui-se que não basta o empoderamento feminino, é preciso resgatar e cuidar dos homens, ao repensar esta masculinidade, que cria a crença de que a mulher o pertence, na perspectiva da objetificação do feminino, e que deveria servi-lo em suas expectativas, desejos e padrões disfuncionais de relacionamento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“O que produz a mudança social é um sentimento de algo insuportável, ou seja, uma forte indignação sobre uma questão local”.*  
[Manuel Castells]

As pesquisas observam que a violência é um fenômeno social que afeta a saúde coletiva. Tendo em vista esta importância epidemiológica da violência no mundo e no Brasil, torna-se categórico estudos sobre a evolução deste problema de saúde pública, desta forma, faz-se necessário recorrer a dados oficiais de notificação, ainda que eles não representem o número real de casos, pois tais estudos buscam guiar a implementação de políticas públicas mais eficazes para o combate à violência.

Este estudo não pretende precisar os números da violência do município de Diamantina (MG), mas investigar a evolução das notificações, seu provável perfil e suas implicações à saúde coletiva.

No contexto epidemiológico estudado, o que se pode observar nos dados absolutos lançados no Sinan corrobora a complexidade do fenômeno da violência interpessoal e autoprovocada, ao gerar indicadores que reforçam a necessidade de ir além da ponta do iceberg. É necessário ter clareza que estes números refletem parte do problema, uma vez que a violência na saúde é, muitas vezes, banalizada ou ignorada na notificação, considerando inclusive fatores culturais, mas que compromete um olhar estatístico dentro da sua magnitude e gravidade.

Diante dos resultados obtidos na presente pesquisa, algumas informações e reflexões emergem: pode-se concluir que a maior parte das vítimas da violência interpessoal e autoprovocada notificada do município de Diamantina (MG) são mulheres e a prevalência da cor negra. Crianças e adolescentes representam o público mais vulnerável, ao apresentar o maior índice de notificação. Identifica-se positivamente um aumento no número de notificações durante o período estudado, por outro lado, é inquietante o baixo número de notificações realizadas pela Atenção Primária, tida como grande ordenadora da rede de atenção à saúde. O número significativo de registros de violência sexual, comparativo aos outros tipos de violências, provoca uma reflexão profunda sobre a necessidade de descortinar discussões sobre esta temática, e, ao mesmo tempo, confirma a importância do fluxo sistematizado e humanizado do atendimento às vítimas de violência sexual já

existente no município. Os números da violência de repetição instigam a pensar sobre a importância da atuação do profissional de saúde para a quebra deste ciclo de violências. E, para finalizar, as características do autor da violência geram uma dúvida: existe um perfil deste autor? É possível inferir que relação do homem e a violência talvez não seja inerente, mas construído socialmente. Ver este fenômeno como algo cultural e complexo, com origem na própria constituição da identidade masculina e que, inclusive, foi marcada também por relações de violência dentro do lar. Desta forma, a importância de também cuidar deste homem.

A partir do exposto, analisa-se que as discussões sobre este perfil epidemiológico não se encerram aqui, uma vez que há uma limitação da pesquisa referente ao cruzamento de variáveis que permitiria uma análise mais refinada sobre as especificidades dos números da violência e melhor retrato estatístico. Esta ferramenta é essencial, inclusive, para realizar leituras com base na interseccionalidade<sup>7</sup>, importante categoria analítica relevante para pensarmos a questão racial no Brasil e os desafios para a adoção de políticas públicas eficazes.

Outras questões também devem ser consideradas na compreensão das limitações do presente estudo, comum a todo estudo científico. A princípio, deve-se ressaltar a subnotificação de casos de violência no município e o preenchimento com qualidade das fichas de notificação, que comprometem a realidade do perfil epidemiológico da violência.

Em relação a subnotificação, percebe-se uma dimensão plural dos fatores obstaculizadores, em especial, na Atenção Primária. No entanto, tornam-se relevantes a discussão e o desmascaramento sobre os motivos que dificultam o cumprimento deste protocolo da vigilância da violência, por outro lado, é necessário um cuidado na tendência de culpabilização destes profissionais. Importante os números para a construção de ações de enfrentamento, mas a falta dos dados, é também um dado indicador deste complexo fenômeno.

Assim como a subnotificação das violências, o adequado preenchimento da ficha de notificação de violência é um desafio também a ser superado, uma vez que

---

<sup>7</sup> Interseccionalidade é pensada como uma categoria teórica que focaliza múltiplos sistemas de opressão, em particular, articulando raça, gênero e classe. O termo demarca o paradigma teórico e metodológico da tradição feminista negra, promovendo intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares às mulheres negras (AKOTIRENE, 2018, p. 54).

este processo depende de dados apropriados que serão transformados em informações para o saber epidemiológico. Desta forma, a qualidade da informação só será assegurada no início do processo, o que é possível concluir que a coleta do dado é o princípio de tudo. Importantes intervenções que garantam um grau de qualidade na coleta destes dados que gerem indicadores para compreensão da realidade.

Considerando a qualidade do banco epidemiológico trabalhado neste estudo, importante destacar que, segundo informações da SRS-Diamantina, para avaliar se este banco de dados do município sobre as notificações de violência atendeu o preconizado pelos indicadores do PQA-VS para avaliar se é um banco elegível, é necessário um monitoramento das fichas de forma individual e primária para verificar a qualificação do preenchimento da ficha. Somente assim, é possível avaliar se o percentual de “Ignorados” ou em “Branco” é um percentual que desqualifica o banco. Desta forma, importante compartilhar esta limitação da pesquisa, que diz respeito a não garantia do banco de dados ter a qualidade preconizada pelo Ministério da Saúde.

Um aspecto importante a ser considerado é um possível hiato existente entre a formação acadêmica dos profissionais de saúde e suas práticas de trabalho, em especial, tratando-se de dimensões que estão além do biomédico, como é o caso da violência. Desta forma, torna-se legítimo que, apesar dos avanços na implementação das políticas de vigilância da violência, ainda haja este distanciamento do profissional com a temática.

Existe a obrigatoriedade da notificação pelo profissional de saúde, no entanto, torna-se importante destacar que, além de motivações relacionadas a falta de conhecimento e dificuldade no preenchimento da ficha, existem questões subjetivas associadas ao processo. O medo, a associação da violência e crime, além de um não entendimento ou até uma não aceitação em compreender este agravo como responsabilidade da saúde, são motivações inerentes a leitura da subnotificação. Sem dúvida, são fatores que dificultam a compreensão do olhar da saúde frente às situações de violência.

Devido à peculiar complexidade da temática violência, é importante que os campos de intervenções desta temática tenham a intersectorialidade como eixo estruturante. Esta abordagem vem despontando como princípio ordenador das

políticas públicas na contemporaneidade. A intersetorialidade<sup>8</sup> propõe a soma de potencialidades como estratégia social de enfrentamento e solução de problemas complexos, através da junção de esforços dos diversos atores sociais e suas competências.

Desta forma, as ações de capacitação e sensibilização em relação às notificações dos casos de violência e a construção de uma rede de proteção no município de Diamantina (MG), deve-se considerar como público-alvo os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, considerando equipes da ESF, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e dos hospitais, além dos profissionais do CRAS, Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), conselhos, delegacias, escolas, Organizações não Governamentais (ONGS), entre outros, conselheiros tutelares e representantes das escolas municipais e estaduais, da Polícia Militar e Civil.

Então, além da perspectiva transdisciplinar e intrasetorial da saúde, é importante o olhar intersetorial para se pensar em soluções sobre a violência. Em Diamantina, pode-se destacar no recorte histórico das ações a importância desta articulação entre os componentes da rede de assistência como um movimento extremamente fundamental para o envolvimento de responsabilização e sensibilização dos profissionais. Quanto maior a capacidade de articulação das parcerias com os componentes da rede intersetorial, maior a resolutividade dos desafios e avanço na redução dos episódios de violência.

É notável os avanços da política da vigilância da violência no Brasil ao tirar os casos da obscuridade e transformá-los em dados estatísticos, por meio da notificação, um grande primeiro passo para o enfrentamento da violência. No entanto, é necessário ir além da posse destas valiosas informações. Lidar com um fenômeno multifacetado requer olhar e ferramentas multivariadas para compreendê-lo e enfrentá-lo.

Diante desta percepção, conclui-se que o setor de saúde sozinho não pode assumir a responsabilidade no enfrentamento das violências, entretanto, cabe a ele o

---

<sup>8</sup> Intersetorialidade: “a construção da intersetorialidade se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais possibilitando a descoberta de caminhos para a ação. Como um meio de intervenção na realidade social, impõe a articulação de instituições e pessoas para integrar e articular saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações, construindo uma rede” (COMERLATTO *et al.*, 2007, p. 269).

envolvimento institucional, de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento dos problemas, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas, no modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar para o trabalho em equipe matricial (ANJOS *et al.*, 2015; SALIBA *et al.*, 2007; LEAL; LOPES, 2005).

Necessário destacar a importância de pensar a violência além dos números, que tem um caráter quantitativo, mas também dentro da perspectiva da demanda qualitativa do atendimento dos casos. Então, além da necessidade de ações que fomentem a efetiva notificação da violência com qualidade técnica, é necessário um olhar além do quantitativo, é necessário que sejam valorizadas ações de caráter qualitativo, que permitam um olhar para o ser humano e suas subjetividades do sofrimento.

Foi possível comprovar no estudo, que a capacitação dos profissionais da rede de assistência, em especial os da saúde, para a efetiva notificação da violência com qualidade de preenchimento é um necessário investimento, por ser um grande nó crítico apontado como motivador da subnotificação e, por outro lado, a grande possível resposta para minimizar esta problemática.

Espera-se, desta forma, que os profissionais de saúde apresentem um adequado atributo de competências para o efetivo desempenho de suas atividades, inclusive o de notificação de violência, zelando sempre pela saúde e dignidade dos seus pacientes (SALIBA *et al.*, 2007). Uma capacitação, inclusive, não somente na perspectiva cognitiva, mas uma formação e práxis na perspectiva da construção da cidadania.

Desta forma, para que essa capacitação se torne efetiva é preciso compreender quais as competências esperadas dos profissionais de saúde para a efetiva notificação destes casos. Segundo Freitas e Brandão (2005), competências podem ser entendidas como combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes, conhecidas como CHA, expressas pelo desempenho dentro de um contexto organizacional, as quais agregam valor a pessoas e organizações. Definições como essa possuem caráter integrador e multifacetado, na medida em que consideram as diversas dimensões (cognitiva, psicomotora e afetiva) da atividade a ser executada. Constituem comportamentos passíveis de observação no ambiente de trabalho, que servem como padrão ou referência para orientar a atuação dos profissionais.

Segundo Fleury e Fleury (2001), de maneira geral, são definidas três dimensões das competências, conhecidas como CHA, são elas:

- a. conhecimentos, que se refere ao saber o que fazer e compreender por que fazê-lo;
- b. habilidade, refere-se ao saber como fazer alguma coisa;
- c. atitudes, que é o querer fazer algo.

Recorrendo a outros estudiosos da área, Carbone *et al.* (2009) explora sobre estas definições:

O conhecimento corresponde a informações que, ao serem reconhecidas e integradas pelo indivíduo em sua memória, causam impacto sobre seu julgamento e comportamento. Refere-se ao saber que a pessoa acumulou ao longo de sua vida, algo relacionado à lembrança de conceitos, ideias ou fenômenos (BLOOM<sup>9</sup> *et al.*, 1979; DAVIS e BOTKIN<sup>10</sup>, 1994). A habilidade está relacionada à aplicação produtiva do conhecimento, ou seja, à capacidade da pessoa de instaurar conhecimentos armazenados em sua memória e utilizá-los em uma ação. [...] A atitude, por sua vez, refere-se a aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho (DURAND<sup>11</sup>, 2000). Diz respeito a um sentimento ou à predisposição da pessoa, que influencia sua conduta em relação aos outros, ao trabalho ou a situações. (CARBONE *et al.*, 2009, p. 45)

Percebe-se então que a competência não se limita a um conjunto de habilidades e conhecimentos que alguém possui, mas envolve todos os seus valores e crenças que influenciam sua conduta e direcionam todos os seus relacionamentos e decisões (DURAM, 1999 *apud* NOVAES, 2015).

Desta forma, torna-se essencial avaliar as competências dos profissionais de saúde que influenciam na notificação das violências atendidas pela rede de assistência, buscando assim a compreensão dos fatores que podem levar a uma possível subnotificação sistemática com decorrente invisibilidade dos casos de violência, dificultando o avanço nas discussões e ações concernentes ao enfrentamento do problema. A partir de tal conhecimento, gerar subsídios para a melhoria das notificações dos casos de violência no Sinan.

Assim sendo, creio que o estudo do perfil epidemiológico das violências notificadas do município de Diamantina (MG) aqui realizado, cumpriu com a sua importância. Explorar comportamentos de números, transformando dados em informações é a base introdutória para a construção de ações. Uma provocação

---

<sup>9</sup> BLOOM, B. S. *Taxionomia de objetivos Educacionais*. 6. ed. Porto Alegre: Globo, 1977.

<sup>10</sup> DAVIS, S.; BOTKIN, J. The coming of knowledge-based business. *Harvard Business Review Boston*, p. 165-170, Sep./Oct. 1994.

<sup>11</sup> DURAND, T. L'alchimie de la compétence. *Revue Française de Gestion*, n. 127, p. 84-102, jan./fév. 2000.

estatística e teórica pertinente para oferecer elementos discursivos colaborativa na construção da política pública municipal sobre a violência. Não obstante, identifica-se a necessidade de continuidade e aprofundamento de novos estudos, como a proposta inicial da pesquisa que objetivava uma melhor compreensão sobre as competências dos profissionais de saúde para a notificação de violência. Este investimento científico poderá vir a ser um referencial para a formulação de capacitações mais bem direcionadas e eficazes, possibilitando um aumento no número de notificações com qualidade de preenchimento e um melhor retrato estatístico da violência.

### **5.1 PROPOSTAS**

Respalhando-se no contexto da presente pesquisa e tendo como referência estudos sobre a temática (SILVA, 2012; OLIVEIRA; DELZIOVO; LACERDA, 2014), algumas recomendações são sugeridas à SMS de Diamantina com o intuito de contribuir com o processo de notificação das violências interpessoais e autoprovocadas:

- Desenvolvimento de produtos impressos ou digitalizados com orientações sobre o preenchimento da ficha de notificação de violência.
- Implantação de um programa de educação continuada como componente fundamental de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições de saúde, em especial a Atenção Primária, e os demais atores envolvidos nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento do caso na rede de cuidado e de proteção social com a finalidade de capacitação e sensibilização dos profissionais para um olhar com maior familiaridade sobre a violência.
- Mapeamento e caracterização de todos os serviços governamentais e não governamentais, potenciais porta de entrada, que atuam no acolhimento e assistência da violência no território municipal e microrregional, com a finalidade de conhecer a capacidade municipal e organização de uma rede de cuidado e proteção intrasetorial e intersetorial.
- Discussão e atualização sistematizada dos fluxos do atendimento e seguimento para a rede em uma perspectiva intra e intersetorial, definindo responsabilidades.

- Construção de protocolos de comunicação da violência, em especial, considerando a violência contra criança e adolescente, deficiente, mulher e idoso, com normativas específicas, conforme preconizada pela legislação.
- Oferta aos profissionais de saúde de um retorno sobre as notificações de violência, por meio de boletins epidemiológicos periódicos.
- Adoção de estratégias de acompanhamento e apoio técnico e psicossocial às equipes de saúde que atendem os envolvidos em situações de violência e estimular que a rede intersetorial também siga essas estratégias.
- Construção de alianças estratégicas com Conselhos Tutelares, associações comunitárias, instituições de ensino, meios de comunicação, Ministério Público, Segurança Pública, poderes Legislativo e Judiciário, dentre outros.
- Planejamento de ações de atenção integral à saúde de mulheres e homens em situação de violências em linha de cuidado, a partir do serviço, para o percurso interno e externo.
- Pactuação com os gestores locais das diversas secretarias, que compõem a rede de cuidado e de proteção social, para a priorização da atenção integral às pessoas em situação de violências.
- Divulgação para a sociedade das informações sobre serviços e os fluxos da rede de cuidados com endereço completo e os horários de atendimento, por meio de afixação de cartazes em locais públicos e mídia digital (Guia de Serviços).
- Articulação junto à universidade sobre a importância da inclusão das discussões referentes à temática da violência nos cursos da área da saúde, em especial, conhecimento sobre a vigilância da violência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKOTIRENE, C. *O Que é Interseccionalidade*. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ANJOS, R. *et al.* Acidentes e violências, vulnerabilidade e fortalecimento da rede de proteção: morbimortalidade no município de Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 17, n. 2, p. 62-68, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/22240>. Acesso em: 18 out. 2020.

ASSIS, S. G. *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, set. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 out. 2020.

BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, set. 2017. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 01 jun. 2020.

BATISTELLA, C. E. C.; GONDIN, G. M. M.; MONKEN, M. (Org.). *O processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2003. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 5).

BERTOLETE, J. M. *et al.* Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological medicine*, v. 35, n. 10, p. 1457-65, Oct. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16164769/>. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, n. 192, 3 out. 2003<sup>a</sup>, seção 1, p. 1-6.

BRASIL. Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, 25 nov. 2003, p. 11.

BRASIL. Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo

Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 08 ago. 2006a, p. 1.

BRASIL. Lei nº. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, 07 jul. 2015, p. 2.

BRASIL. Lei nº. 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. *Diário Oficial da União*, 11 dez. 2019a, p. 4. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm). Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, n. 135, 16 jul. 1990, seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Disque 100*. Brasília: MMFDH, 07 maio 2018a. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/canais\\_atendimento/ouvidoria](https://www.gov.br/mdh/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria). Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Norma Técnica Atenção humanizada às pessoas em Situação de violência sexual com Registro de informações e coleta de vestígios*. Brasília, 1ª edição, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para notificação e atendimento*. Brasília: MS, 16 maio 2018b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/orientacoes-para-notificacao-e-atendimento>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para notificação e atendimento*. Brasília: MS, 2018c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/component/content/article/950-saude-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/43262-notificacao-compulsoria-imediata-dos-casos-de-violencia-sexual-e-tentativa-de-suicidio>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 09 jun 2014a, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.356 de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). *Diário Oficial da União*, 26 jun. 2006b, seção 1, n. 120.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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. 2011, seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 21 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União*, nº. 220, 13 nov. 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, n. 96, 18 maio 2001b, seção 1e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, 10 jul. 2013a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html). Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*, nº. 159, 19 ago. 2013c, seção 1, p. 44-45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. *Diário Oficial da União*, n. 206, 26 out. 2001, seção I, p. 86. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968\\_25\\_10\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001.html). Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.778/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014. Revisa a relação de metas, com seus respectivos indicadores, e a metodologia para a Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir do ano de 2014. *Diário Oficial da União*, 09 jun 2014b, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)*: 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *VIVA*:

instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 22 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância em saúde no Brasil 2003/2019: da criação da Secretaria de Vigilância*. Brasília: MS, set. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_instrumento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf). Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS*. Brasília: Gráfica e Editora Brasil Ltda., 2011. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mds/04\\_caderno\\_creas.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mds/04_caderno_creas.pdf). Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº. 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 03 out. 2017, n. 190, seção 1, suplemento, p. 288.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: Presidência da República, 2011a. (Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CAMPOS, M. R; *et al.* Diferenciais de morbimortalidade por causas externas: resultados do estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-17, jan. 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9714/2/Diferenciais%20de%20morbimortalidade%20por%20causas%20.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.

CARBONE, P. P. et al. *Gestão por Competência e Gestão do Conhecimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CARNEIRO, S. *Mulheres Negras e Violência Doméstica: decodificando os números*. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2017.

CARVALHO, M. R. S. *et al.* Interface entre a violência conjugal e o consumo de álcool pelo companheiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. Supl. 5, p. 2109-15, 2018.

- CECCHETO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. *Violência: definições e tipologias*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 32 p.
- COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, dez. 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000200015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000200015). Acesso em: 19 nov. 2020.
- CURY, G. C. *Epidemiologia Aplicada ao Sistema Único de Saúde/Programa de Saúde da Família*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. 82p.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violence: a global public health problem. In: KRUG, E. G. et al. (Eds.) *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- DESLANDES, S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1633-45, ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2011.v27n8/1633-1645/pt>. Acesso em 11 dez. 2018.
- DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 out. 2020.
- DESLANDES, S. F. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves, 1994. 39p.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 129-137, 2000.
- DIAMANTINA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Diamantina, 2018-2021*. Diamantina: SMS, 2017. 108p.
- FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*. Curitiba, v. 5, n. spe, p. 183-96, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19*. Nota técnica. São Paulo, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- FREITAS, I. A.; BRANDÃO, H. P. Trilhas de aprendizagem como estratégia de TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J.; ABBAD, G.; MOURÃO, L. (Org.). *Treinamento*,

*desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2006. Cap. 5, p. 97-113.

GADONI-COSTA, L. M.; DELL'AGLIO, D. D. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 2, n. 2, p. 151-159, 2010.

GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Caderno de Saúde Pública*, v. 34, n. 11, , e00172617, nov. 2018.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul./ago. 2004 Disponível em: [http://svs.aids.gov.br/download/SIM/Causas\\_externas\\_Brasil\\_2000\\_mortal\\_morbid.pdf](http://svs.aids.gov.br/download/SIM/Causas_externas_Brasil_2000_mortal_morbid.pdf)

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-311, abr. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 nov. 2020.

HOOKS, B. *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. Tradução Bhuvi Libânio. 6. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, *Estimativas da população residente*. Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina/panorama>. Acesso em: 18 nov. 2020.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, *População no último censo*: IBGE, Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina/panorama>. Acesso em: 18 nov. 2020.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-15, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

KRUG, E. G. *et al.* (Eds.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. 360 p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=A1EE4B230B1FB4B935C2E454FA225D3B?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=A1EE4B230B1FB4B935C2E454FA225D3B?sequence=1). Acesso em: 11 dez. 2018.

LAGUARDIA, F. C. *et al.* (Orgs.). *Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde: projeto fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais* (Resolução SES nº. 4.238/2014). 3. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2014. 400p. Disponível em: <http://concursos.concursosjcm.com.br/uploads/17/concursos/87/anexos/d71ea4a0e336bbb6f3df34261b3207be.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2020.

LAURENTI, R., MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não transmissíveis. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 909-20, 2004.

LAWRENZ, P. *et al.* Violência contra mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 34, e34428, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722018000100527&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100527&lng=en&nrm=iso). Acesso: 18 out. 2020.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr./jun. 2005.

MACÁRIO, E. M. *Impacto da Violência na vida das mulheres: perfil de notificações e óbitos no Brasil, 2011 a 2018*. Brasília: MS/SVS, 02 out. 2019. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/2c1f9fbc-0834-4237-8269-9e610fe722aa>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos - Brasil, 2006 a 2007. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1669-1679, 2009.

MANSO, F. V.; CAMPAGNAC, V. (Orgs.) *Dossiê mulher*. 2019. 14. ed. Rio de Janeiro: RioSegurança, 2019. 115 p. (Série Estudos; 2).

MARTH, M. P. *et al.* Notificação compulsória dos casos de tentativa de suicídio em um serviço de emergência SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2., Santa Cruz do Sul, 2016. *Anais...* Santa Cruz do Sul: UNISC, 2016. Disponível em: [http://www.unisc.br/site/seminario\\_ppgps/anais/3430-2mod.pdf](http://www.unisc.br/site/seminario_ppgps/anais/3430-2mod.pdf). Acesso em: 10 nov. 2020.

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. A. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde - Brasil, 2002 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 19-29, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2015.v24n1/19-29/pt>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MCCAULEY, J. *et al.* The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of internal medicine*, v. 123, n. 10, p. 737-46, 1995.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº. 4.238, de 19 de março de 2014. Institui o Edital de convocação para adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, para o exercício 2014-2015. *Diário Oficial de Minas Gerais*, 2014. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resol%C3%A7%C3%A3o\\_4238.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resol%C3%A7%C3%A3o_4238.pdf). Acesso em: 10 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Deliberação CIB-SUS/MG nº. 2.418*, de 17 de novembro de 2016. Aprova as normas gerais para participação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, no âmbito do Estado de

Minas Gerais. Belo Horizonte: SES, 2016b. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/deliberacao-cib-susmg-no-2-418-17112016-aprova-as-normas-gerais-para-participacao-execucao-acompanhamento-monitoramento-e-avaliacao-do-pmavs/?wpdmdl=2129>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Nota Técnica nº. 02/2017* - CDANT/CVDCANT/SVEAST/SUBVPS/SES/MG. Edição em 17/10/2016. Assunto: Metas e período de avaliação das ações da CDANT do Projeto de Fortalecimento de Vigilância à Saúde referente ao 3º Quadrimestre de 2016. Belo Horizonte: SMS, 2016d. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/nota-tecnica-conjunta-022017-subvps-de-09102017/?wpdmdl=3469>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Nota Técnica Conjunta nº. 03/2017* - SSVPS/SES/MG. Edição em 05/12/2017. Assunto: Esclarecimentos para Avaliação do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde - PROMAVS (Resolução SES-MG nº. 5.484 de 17 de novembro de 2016 e atualizações). Belo Horizonte: SMS, 2017. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/nota-tecnica-conjunta-03-2017-subvps/?wpdmdl=3698>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde - ProMAVS*. Belo Horizonte: SES, 2016a. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/programa-de-monitoramento-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-pmavs/>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Resolução SES/MG nº. 5.484*, de 17 de novembro de 2016. Estabelece normas gerais para participação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES, 2016c. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/res-5484-de-17112016-normas-gerais-para-part-execucao-acomp-monit-e-avaliacao/?wpdmdl=2771>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Tabulador de informações de saúde - TABNET. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: [http://tabnet.saude.mg.gov.br/tabcgi.exe?def/agrivos/violencia\\_n.def](http://tabnet.saude.mg.gov.br/tabcgi.exe?def/agrivos/violencia_n.def). Acesso em: 15 mar. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº. 2.897*, de 20 de fevereiro de 2019. Aprova a prorrogação da vigência e inclui um período de monitoramento do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, nos termos da Deliberação CIBSUS/MG nº. 2.418, de 17 de novembro de 2016 e dá outras providências. Belo Horizonte: SMS, 2019a. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202897%20-%204.a.1\)%20SUBVPS%20-%20Del\\_Prorroga%20PROMAVS%202019\\_vers%C3%A3o%20FINAL.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202897%20-%204.a.1)%20SUBVPS%20-%20Del_Prorroga%20PROMAVS%202019_vers%C3%A3o%20FINAL.pdf). Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº. 2.993*, de 21 de agosto de 2019. Aprova a prorrogação da vigência, com inclusão de um período de monitoramento do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, nos termos da Deliberação CIB-SUS/MG nº. 2.418, de 17 de novembro de 2016, e dá outras providências. Belo Horizonte: SMS, 2019b.

Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202993%20-%20SUBVPS%20-%20Prorroga%20PROMAVS%202019\\_vers%C3%A3o%20FINAL%202%20-%20ap%C3%B3s%20jur%C3%ADdico%20-%20comentada%20AE.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202993%20-%20SUBVPS%20-%20Prorroga%20PROMAVS%202019_vers%C3%A3o%20FINAL%202%20-%20ap%C3%B3s%20jur%C3%ADdico%20-%20comentada%20AE.pdf). Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº. 3.013*, de 23 de outubro de 2019. Aprova o Ajuste/2019 do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUSMG e dá outras providências. Belo Horizonte: SMS, 2019c. Disponível em: <https://muriae.mg.gov.br/downloads/22769>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. 418 p. p. 21-42. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132 p. (Coleção Temas para a Saúde). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2018.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: Revisão de literatura (2002/2013). *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, 2015.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Nov. 2020.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, v. 48, n. 30, 2017.

MOREAU, L. M. M. *Toxicologia analítica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NOVAES, D. Gestão por competências: você sabe o que é? RHPORTAL, Gestão de Talentos, 2 set. 2015. Disponível em: <https://www.rhportal.com.br/artigos-rh/gesto-por-competncias/>. Acesso em: 18 nov. 2020.

O GLOBO. *Coronavírus*: OMS recomenda que governos limitem consumo de álcool durante pandemia. Rio de Janeiro, 15 abr. 2020. Disponível em:

<https://actbr.org.br/post/coronavirus-oms-recomenda-que-governos-limitem-consumo-de-alcool-durante-pandemia/18392/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

OLIVEIRA, B. R.; PRADO, J. G. O.; SILVA, T. L. C. (Orgs.). *A agenda da saúde pública em Minas Gerais: aprendizados, legados e desafios*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2014.

OLIVEIRA, C. C. *Práticas profissionais das equipes de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero*. 2005. 208f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

OLIVEIRA, C. S.; DELZIOVO, C. R.; LACERDA, J. T. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. *Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos – Modalidade a Distância*. Redes de atenção a violência. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 40 p. Disponível em: <https://violenciaesaude.paginas.ufsc.br/files/2015/12/Redes.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

OLIVEIRA, M. L. C. et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no distrito federal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S087365292013000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087365292013000200003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 nov. 2020.

ONU MULHERES. *Gênero e Covid-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta*. Brief Março 2020. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19\\_LAC.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf). Acesso em: 10 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Pandemia de Covid-19 aumenta fatores de risco para suicídio*. Washington, DC: OPAS, 10 set 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PEREIRA, D. N. *A saúde da família: em Cuba e no Brasil*. 1. ed. Curitiba: Appris, 2016.

PETERMAN, A. et al. Pandemics and violence against women and children. *Center for Global Development, Working Paper 528*. Washington, DC: CGD, 2020. Disponível em: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-violence-against-women-and-girls.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PIOVEZAN, L. N. C. et al. Análise das fichas de notificação de violência emitidas por serviços de saúde da região de Barbacena. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 28, n. Suppl.5, ago. 2018.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Situação das violências autoprovocadas e suicídio, Recife 2010 a 2019. *Boletim Epidemiológico DANTS*, nº. 04/ago. 2020. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2020.

RIBEIRO, A. C. P. *Notificação de violência: prática dos profissionais da rede pública que atendem a mulher em situação de violência*. 2016. 67p. Mestrado (Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

ROCHA, R. C. *et al.* Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 4, p. 81-94, dez. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000800081&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800081&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 out. 2020.

ROLIM, A. C. A. *et al.* Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde Debate*, v. 38, n. 103, p. 794-804, 2014.

ROMIO, J. A. F. *Feminicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de saúde*. 2017. 215p. Tese (Doutorado em Demografia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

SALIBA, O. *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-7, 2007.

SANDERSON, C. *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia*. São Paulo: M Books do Brasil, 2005.

SANT'ANNA, A. R. *Vulnerabilidade ao homicídio: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997*. 2000. 193p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidade da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018.

SCHENKER, M.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. O uso de substâncias e violências. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. 418 p. p. 247-265. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, out. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 out. 2020.

SILVA FILHO, O. C. *Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência*. 2019. 236 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher

da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, A. C. L. G.; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 35, n. 4, p. 278-83, 2014.

SILVA, A.; MARTINELLI, F.; CARDOSO, M. Entre machismo e racismo, mulheres negras são as maiores vítimas de violência. *AZMina*, Mulherias, 26 nov. 2019. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/entre-machismo-e-racismo-mulheres-negras-sao-as-maiores-vitimas-de-violencia/>. Acesso em: 21 nov. 2020.

SILVA, C. D. *et al.* Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 7, n. 1, 2013. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3554/pdf\\_1791](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3554/pdf_1791). Acesso em: 15 nov. 2020.

SILVA, J. L. *Entre as amarras do medo e o dever socio sanitário*: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária. 2012. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, 2012.

SOUSA, G. M.; DAMASCENO, K. C. F.; BORGES, L. C. F. Estratificação dos tipos de violência notificados pelo Sinan, no município de Porto Nacional, TO, em 2014. *Interface*, n. 11, p. 34-45, maio 2016.

TELES, V. *Abuso sexual é o segundo maior tipo de violência*. Ministério da Saúde, Blog da Saúde, Promoção da Saúde, 22 maio 2012. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/30223-abuso-sexual-e-o-segundo-maior-tipo-de-violencia>. Acesso: 19 nov. 2020.

TOMIMATSU, M. F. A. I. *et al.* Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 413-420, 2009.

VELOSO, F. G. C. *Programa de atenção a homens autores de violência contra a mulher*: possibilidades a partir da vivência de casais em situação de violência conjugal. 2011. 177 f. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, maio 2013.

VERDÉLIO, A. *Governo lança campanha e pede atenção aos casos de violência doméstica*: Registros de violência contra a mulher em abril aumentaram 35%. Brasília: Agência Brasil, 15 maio 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-05/governo-lanca-campanha-e-pede-atencao-aos-casos-de-violencia>. Acesso em: 10 nov. 2020.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2012*: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: Cebela, 2012.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: Cebela, 2015. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf). Acesso em: 10 jun. 2020.

WALLAUER, J. Violência doméstica: porque elas não vão embora. *TEDx Program, Violência contra a Mulher - 2*, TEDx Fortaleza, 2019. Vídeo, 16min19seg. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gOgrS0FDjjk>. Acesso em: 21 nov. 2020.

WINZER, L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. *Caderno de Saúde Pública*, v. 32, n. 7, e00126315, 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHA49.25. Prevention of violence: a public health priority. In: WORLD HEALTH ASSEMBLY, 49., Geneva 20-25 May 1996. *Hbk Res., v. III (3rd ed.), 1.11*. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf). Acesso em: 13 out. 2020.

ZUMA, C. E. *et al.* Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. 418 p. p. 149-185. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

