

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**QUALIDADE DOS DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA
MULHERES NO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011 a 2018**

por
Cássia Virgínia Pereira Soares

Belo Horizonte
2021

DISSERTAÇÃO

MSC – IRR

C. V. P. SOARES

2021

CÁSSIA VIRGÍNIA PEREIRA SOARES

**QUALIDADE DOS DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA
MULHERES NO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011 a 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Paula Dias Bevilacqua.

Belo Horizonte

2021

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

S11q	Soares, Cássia Virgínia Pereira.
2021	Qualidade dos dados das notificações de violência contra mulheres no Estado de Minas Gerais, 2011 a 2018/ Cássia Virgínia Pereira Soares – Belo Horizonte, 2021. XIV, 130 f.: il.; 210 x 297mm. Bibliografia: f. 115 – 126 Dissertação (Mestrado) - Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de Concentração Saúde Coletiva. 1. Sistemas de Informações de Agravos de Notificação 2. Qualidade dos dados 3. Violência contra a mulher 4. Vigilância em Saúde I. Título. II. Bevilacqua, Paula Dias (Orientação).
	CDD – 22. ed. – 362.8

CÁSSIA VIRGÍNIA PEREIRA SOARES

**QUALIDADE DOS DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA
MULHERES NO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011 a 2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Paula Dias Bevilacqua.

Banca Examinadora:

Dr^a Paula Dias Bevilacqua (IRR/FIOCRUZ MINAS) Titular

Dr^a Deborah Carvalho Malta (EE/UFM) Titular

Dr^a Taynãna César Simões (IRR/FIOCRUZ MINAS) Titular

Dr^a Letícia Cavalari Pinheiro (IRR/FIOCRUZ MINAS) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 09/08/2021.

AGRADECIMENTOS

No decorrer desses dois anos de mestrado, vários desafios bateram à porta, e um dos maiores foi prosseguir na caminhada acadêmica. Assim, não poderia deixar de agradecer a Deus, Pai criador do universo, que sempre vela por nós, nos mais pequeninos detalhes da vida.

A Jesus, irmão maior, o maior mestre dos mestres que Deus poderia nos conceder na Terra, para exemplificar a coragem, a determinação e a fé inabalável em dias melhores...

Ao espírito amigo que me acompanha, que sabe dos labores, alegrias, dificuldades infinitas enfrentadas na caminhada acadêmica e sempre me insuflando pensamentos de coragem e determinação no meu dia a dia.

Esses Seres (que não tenho palavras para definir) ainda me abençoaram com uma família rica em amor e sabedoria, sempre me incentivando na luta travada na minha escolha. Aos meus pais e irmãos, amor que transcende a família terrestre, sou imensamente grata pelo apoio incondicional recebido durante toda a minha vida. Aos meus sobrinhos, que conseguiram, sempre, deixar os meus dias ainda mais alegres e cheios de esperança...

Ao Ailton, marido, amigo, confidente, companheiro diário das minhas inquietações, que soube ser paciente, carinhoso, ouvinte e também grande incentivador desta jornada.

Aos colegas da vida acadêmica, que também contribuíram para tornar os dias mais leves e agradáveis, pois as lutas deles não eram menores do que a minha.

Aos amigos e amigas da Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, que me acolheram com coração aberto e me ajudaram na aquisição de conhecimento sobre a vigilância das violências.

À professora e orientadora Paula, que me acolheu com atenção, fazendo o seu melhor para conduzir meus passos nessa estrada pedregosa.

A todos os amigos e amigas da Secretaria de Estado de Saúde, que me apoiaram neste processo.

À Graciane, que me ajudou a acalmar e continuar esta jornada sem desanimar.

A todos e a todas, muito obrigada!

RESUMO

A violência contra as mulheres é um fenômeno complexo que requer, para seu enfrentamento, a adoção de medidas pautadas em conhecimento interdisciplinar e atuação intersetorial. No Brasil, com a instituição do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, a notificação da violência contra as mulheres passa a ser compulsória, sendo marco importante para a constituição de dados e informações para subsídio de políticas públicas e ações de proteção das mulheres e prevenção da violência. O presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade do preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, perpetrada contra as mulheres, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e a subnotificação dessas fichas em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde. Foi desenvolvido estudo transversal a partir da análise de 206.125 fichas de notificação de violência contra as mulheres no período de 2011 a 2018. Para mensurar o grau de completude, analisaram-se 37 variáveis e consideraram-se os parâmetros: excelente ($\geq 95\%$), bom (de 90 a 94,9%), regular (70 a 89,9%), ruim (50 a 69,9%) e muito ruim ($< 50\%$). Calculou-se a proporção de preenchimento de variável completa de cada ficha para análise do indicador de completude e as medidas descritivas. Para consistência, analisaram-se 28 pares de variáveis e consideraram-se os parâmetros: excelente ($\geq 90,0\%$); regular (70,0 a 89,0%) e baixa ($< 70,0\%$). Realizou-se o cálculo de medidas descritivas para verificação da média de variáveis com completude preenchidas conforme o tempo transcorrido entre a notificação de violência e a data de ocorrência do agravo. Para análise da subnotificação de violência, calcularam-se a taxa de homicídio e a taxa de notificação da violência contra as mulheres, a partir dos dados extraídos da base de dados do SINAN e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e realizou-se a análise de correlação de Pearson, segundo as macrorregiões de saúde. A completude foi considerada ruim para as variáveis ocupação (51,5%), escolaridade (65,5%) e gestante (67,3%). A consistência dos 28 pares de variáveis apresentou-se excelente para 26 pares (92,7%). O indicador de completude sinalizou que 79,5% das fichas apresentaram alguma variável incompleta. Verificou-se que 74,8% das fichas foram notificadas em até uma semana da ocorrência do agravo em 2011 e 84,6% em 2018, sinalizando melhoria no tempo de notificação do agravo com a ocorrência da violência. Em relação à média da completude das variáveis e o tempo transcorrido entre a notificação de violência e a ocorrência do agravo, verificou-se a média de 91,0% de completude. A taxa de homicídio apresentou redução de 23,2% verificada em 2011 (35,8) com relação a 2018 (27,5). A taxa de notificação aumentou e a correlação entre as taxas de homicídio e notificação não revelou ajustes importantes. As notificações apresentaram aumento no período pesquisado, entretanto foram observadas falhas no preenchimento das variáveis e da Ficha de Notificação. Houve melhoria no tempo de ocorrência do agravo e sua notificação. Foram sinalizadas ocorrências de subnotificação, falha importante na qualidade da vigilância da violência contra as mulheres.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Completude. Consistência. Vigilância. Subnotificação.

ABSTRACT

Violence against women is a complex phenomenon, the tackling of which requires the adoption of measures based on interdisciplinary knowledge and cross-sectoral actions. In Brazil, with the institution of the System of Vigilance against Violence and Accidents, the reporting of violence against women becomes mandatory, this being an important milestone for the collection of data and information which can be used as a springboard for the development of public policies and actions for the protection of women and the prevention of violence. The goal of this study was to analyze the quality of the filling out the notification form for interpersonal/self-inflicted violence perpetrated against women, from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), and the underreporting of these forms in the state of Minas Gerais and its macro-regions of health. A transversal study was carried out after the analysis of 206,125 forms for the reporting of violence against women between 2011 and 2018. In order to measure the degree of completeness of the forms, 37 variables were analyzed, and the following parameters were used: excellent ($\geq 95\%$), good (from 90 to 94.9%), regular (from 70 to 89.9%), bad (from 50 to 69.9%), and very bad ($< 50\%$). The proportion of forms which had been completely filled out was calculated for the analysis of the completeness indicator and the descriptive measures. For consistency, 28 pairs of variables were analyzed, and the following parameters were used: excellent ($\geq 90.0\%$), regular (70.0 to 89.0%), and low ($< 70.0\%$). The calculation of descriptive measures for the verification of the average of variables filled out in a complete manner, distributed over the time elapsed between the abuse and its reporting was carried out. For the analysis of the underreporting of violence, the homicide rate and the rate of the reporting of violence against women were calculated, based on the data extracted from the databases of the SINAN and of the Mortality Information System (SIM), followed by an analysis of the Pearson correlation coefficient, according to the health macro-regions. Completeness was considered bad for the variables of occupation (51.5%), schooling (65.5%), and pregnancy (67.3%). The consistency of the 28 pairs of variables was considered excellent for 26 of the pairs (92.7%). The completeness indicator signaled that 79.5% of the forms contained at least one incomplete variable. It was found that, in 2011, 74.8% of the reporting forms were filed within a week of the abuse, a figure which rose to 84.6% in 2018, indicating a reduction of the time elapsed between the occurrence of the violence and its reporting. Regarding the average of the completeness of the variables and the time elapsed between the violent event and its reporting, an average of completeness of 91.0% was found. The homicide rate showed a reduction of 23.2% in 2018 (27.5) when compared to 2011 (35.8). The rate of reporting increased and the correlation between the rates of homicide and of reporting did not indicate any significant changes. Reportings of violence showed an increase in the period under study; nevertheless, mistakes were observed in the filling out of the Report Forms and of the variables. There was a reduction of the time elapsed between the abuse and its reporting. Instances of underreporting were identified, which reveals a serious flaw in the quality of the vigilance against violence towards women.

Keywords: Violence against women. Completeness. Consistency. Vigilance. Underreporting.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percurso metodológico de execução da pesquisa	49
Figura 2 – Definição do cenário da pesquisa	50
Figura 3 – Caracterização dos participantes da pesquisa	52
Figura 4 – Coleta de dados	52
Figura 5 – Análise de dados.....	588
Figura 6 – Resultados das análises de correlação entre taxa de homicídio e taxa de notificação de violência contra as mulheres, segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018.....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis do estudo	555
Quadro 2 – Variáveis combinadas para análise da consistência	56
Quadro 3 – Relação de variáveis e respectivas inconsistências analisadas	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e percentual de variáveis preenchidas na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada e o grau de completude das variáveis em Minas Gerais, 2011-2018.....	67
Tabela 2 - Número e percentual de inconsistência das variáveis combinadas da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada e o grau de consistência, Minas Gerais, 2011-2018.....	70
Tabela 3 - Total de variáveis preenchidas completamente, por ficha, por meio do Indicador de Completude, Minas Gerais, 2011-2018.....	72
Tabela 4 - Medidas descritivas do percentual de variáveis preenchidas completamente na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, Minas Gerais, 2011-2018.....	73
Tabela 5 - Percentual de variáveis preenchidas completamente, por ficha de notificação, avaliadas pelo Indicador de Completude, por macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018.....	75
Tabela 6 - Medidas descritivas do percentual de variáveis preenchidas completamente na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018.....	78
Tabela 7 - Percentual das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada segundo o intervalo de tempo transcorrido entre a data de notificação e a data da ocorrência da violência, Minas Gerais, 2011-2018.....	79
Tabela 8 - Medidas descritivas do percentual da completude das variáveis, segundo o tempo transcorrido entre a data de notificação e a data da ocorrência da violência, Minas Gerais, 2011-2018.....	80
Tabela 9 - Percentual das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada segundo o intervalo de tempo transcorrido entre a data da notificação e a data da ocorrência da violência e as macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2011-2018.....	82
Tabela 10 - Taxa de homicídio (por 100.000 hab.) por macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018.....	83

Tabela 11 - Taxa de notificação de violência contra as mulheres (por 100.000 mulheres, segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018) ...84

Tabela 12 - Taxa média de homicídio e taxa média de notificação de violência contra mulheres nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2011 a 2018.....85

Tabela 13 - Valores da correlação entre taxa de homicídio (100.000 hab.) e taxa de notificação de violência contra mulheres (100.000 mulheres), segundo macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018.....86

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
ATT	- Acidente de Transporte Terrestre
BO	- Boletim de Ocorrência
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupação
CEAHVIS	- Comitê Estadual de Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual
CEDAW	- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas e Discriminação contra a Mulher
CEM	- Conselho Estadual da Mulher
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CID -10	- Classificação Internacional de Doenças
CIDH	- Corte Interamericana de Direitos Humanos
CIM	- Comissão Interamericana de Mulheres
CNDM	- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPM	- Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
DEAMs	- Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres
DENATRAM	- Departamento Nacional de Trânsito
DO	- Declaração de Óbito
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
GBD	- Global Burden of Disease
GTI-E	- Grupo de Trabalho Intersectorial Estadual
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IML	- Instituto Médico Legal
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRR	- Instituto René Rachou
ISTs	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MG	- Minas Gerais
MS	- Ministério da Saúde

MTE	- Ministério do Trabalho e Emprego
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	- Organização dos Estados Americanos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PFVS	- Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde
PFVS/MG	- Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde de Minas Gerais
PMIVS	- Plano Municipal de Investimento em Vigilância em Saúde
PNaPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNPM	- Plano Nacional de Políticas Públicas para Mulheres
PROMAVS	- Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde
PSE	- Programa Saúde na Escola
REDS	- Registro de Eventos de Defesa Social
SEDESE	- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social
SEDPAC	- Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania
SES	- Secretaria de Estado de Saúde
SES/MG	- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIM/MS	- Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	- Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SPM	- Secretaria de Políticas para Mulheres
SPM-MG	- Subsecretaria de Políticas para Mulheres
SUS	- Sistema Único de Saúde
TABNET	- Tabulador de Informações de Saúde
URS	- Unidades Regionais de Saúde
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	Violência contra mulheres.....	23
3.2	Vigilância da violência	38
4	METODOLOGIA.....	49
4.1	Desenho do estudo.....	49
4.2	Execução da pesquisa.....	49
4.2.1	Fase 1: definição do cenário.....	50
4.2.1.1	Etapa 1: local da pesquisa.....	50
4.2.1.2	Etapa 2: período de cobertura	51
4.2.2	Fase 2: caracterização dos participantes	51
4.2.2.1	Etapa única: perfil da população.....	52
4.2.3	Fase 3: coleta de dados	52
4.2.3.1	Etapa 1: critérios de inclusão.....	53
4.2.3.2	Etapa 2: critérios de exclusão.....	53
4.2.3.3	Etapa 3: procedimentos de seleção de dados.....	53
4.2.3.4	Etapa 4: variáveis norteadoras do estudo	54
4.2.4	Fase 4: análise de dados.....	58
4.2.4.1	Etapa 1: procedimentos analíticos referentes à completude e à consistência dos dados	58
4.2.4.2	Etapa 2: procedimentos analíticos referentes à temporalidade entre a data de notificação do caso e a data de ocorrência.....	61
4.2.4.3	Etapa 3: procedimentos analíticos referentes à subnotificação de violência	62
4.3	Limitações do estudo.....	63
4.4	Questões éticas.....	63
5	RESULTADOS	65
5.1	Completude e consistência dos dados	65
5.1.1	Completude das variáveis e consistência dos pares de variáveis em MG..	65
5.1.2	Completude das fichas de notificação em MG e segundo as macrorregiões de saúde.....	72

5.2	Temporalidade da notificação.....	79
5.3	Subnotificação de violência	83
5.3.1	Taxas de homicídio e de notificação de violência contra mulheres por macrorregião de saúde.....	83
5.3.2	Correlação entre as taxas de homicídio e notificação de violência contra mulheres no Estado de Minas Gerais e por macrorregião de saúde	86
6	DISCUSSÃO	91
7	CONCLUSÃO.....	111
7.1	Considerações finais / recomendação.....	112
	REFERÊNCIAS.....	115
	ANEXO A – Ficha de Notificação de 2008.....	127
	ANEXO B – Ficha de Notificação de 2015.....	129

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Diversas são as causas de morbidade e mortalidade da população em geral no Brasil e, entre elas, merecem destaque os acidentes e as violências, que abrangem conjunto de agravos à saúde, no qual o desfecho pode ou não resultar em óbito. Ambos são classificados como causas externas de morbimortalidade, segundo o Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2001).

As causas externas de morbimortalidade são consequências dos acidentes e violências, intencionais ou não, que provocam lesões, traumatismos ou outros agravos à saúde da população. Os acidentes compreendem, por exemplo, as quedas, envenenamento não intencional, afogamento, acidentes por transportes, ocorrências por circunstâncias ambientais (radiação, química, mecânica), queimaduras, lesões por deslizamento. As violências abrangem as lesões autoprovocadas, agressões, negligência, abandono, maus-tratos, suicídios e homicídios (GONSAGA *et al.*, 2012).

Tanto os acidentes quanto as violências, que acometem a população, são eventos passíveis de prevenção, pois decorrem de ações ou omissões humanas, acometendo 973 milhões de pessoas no planeta, conforme estimativas do estudo Global Burden of Disease (GBD)¹ 2013. Encontram-se entre as principais causas de mortalidade entre os indivíduos, respondendo por 4,8 milhões de óbitos anuais, o que corresponde a 9% das mortes mundiais (HAAGSMA *et al.*, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Segundo dados do GBD 2013, as principais causas de óbito por causa externa englobaram os acidentes de trânsito (29,1%), seguidos das lesões autoprovocadas voluntariamente (17,6%), quedas (11,6%) e violência interpessoal (8,5%) (HAAGSMA *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2017).

Além dos danos na mortalidade, as causas externas também impactam nos serviços de saúde, em função dos atendimentos na rede de urgência e emergência, nos hospitais e ambulatórios. Dentre as pessoas acometidas por lesões (973 milhões de indivíduos), 56,2 milhões foram hospitalizadas e 21,7 milhões sofreram algum tipo de fratura, correspondendo a 5,8% e 38,5%, respectivamente (HAAGSMA *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2017).

Algumas regiões do mundo sinalizam redução na taxa de homicídios, como Ásia e Europa, contudo nas Américas e África Oriental as taxas permanecem elevadas. Apesar da diminuição em algumas regiões geográficas, a magnitude do impacto das lesões e óbitos é grande, acarretando incapacidades permanentes, desestruturação familiar, perda da mão de obra produtiva, especialmente por afetar a população mais jovem (HAAGSMA *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2017).

Em 2015, no Brasil, 134.931 pessoas faleceram em decorrência de homicídios, acidentes de transporte, outras causas acidentais e de violência, englobando o suicídio, sendo este último responsável por ser a segunda causa de morte por causas externa no mundo e a terceira no país (HAAGSMA *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2013, a mortalidade por causa externa predominou na população mais jovem (<30 anos), sendo os homicídios e os Acidentes de Transporte Terrestres (ATT) as principais causas de óbito no grupo de 15 a 29 anos no Brasil. Os homens apresentaram risco de morte por homicídios 15 vezes e por ATT 5 vezes maior do que as mulheres (BRASIL, 2017a).

Os dados sinalizam grande impacto das causas externas na população jovem e economicamente ativa, correspondendo à terceira principal causa de morte no país e à principal na população de 1 a 49 anos. “Entre 2000 e 2010, mais de 1,4 milhão de pessoas morreram por essas causas; 38% (545,5 mil) por homicídios e 6,5% (92,3 mil) suicídios” (MALTA *et al.*, 2017, p.143).

A morbimortalidade advinda dos acidentes e violências tornou-se tema de preocupação mundial para os líderes de governo, gestores, profissionais e pesquisadores, em função do impacto gerado na sociedade, seja na saúde individual, seja na saúde de populações, tornando-se grave problema de saúde pública (BRASIL, 2015b).

Dentre as tipologias de violências, há a perpetrada contra as mulheres, fenômeno antigo, bastante presente na atualidade, cuja prática tornou-se naturalizada. Vários atos agressivos direcionados às mulheres eram justificados pela postura patriarcal, na qual a mulher deveria se sujeitar ao autoritarismo do homem, sem se impor e sem enfrentá-lo, sendo dominada por ele (SAFFIOTI, 1987).

A postura patriarcal ganhou nova visibilidade na sociedade a partir dos questionamentos e lutas do movimento feminista, que tinha como objetivo lutar pelos direitos das mulheres e a igualdade de direitos entre homens e mulheres. O movimento mostrou que as ações advindas da postura patriarcal eram crimes e passíveis de punição, pois a mulher sofria diversos tipos de violência, como: física, psicológica, sexual, econômica, entre outras, conforme exemplificado nas estatísticas a seguir (SAFFIOTI, 1987; SAFFIOTI, 2001).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017), a maior parte das violências contra as mulheres é perpetrada por parceiros íntimos e 35% das mulheres já sofreram violência física e/ou sexual em algum momento da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). A OMS alerta sobre as consequências na saúde da mulher em situação de violência, no campo físico, mental e sexual a curto e a longo prazo, ocasionando problemas de saúde reprodutiva, aumento de transtornos mentais nas mulheres que sofrem violência, incluindo uma probabilidade duas vezes maior de depressão, distúrbio do uso do álcool e um aumento de 4,5 vezes na tentativa de suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Em 2014, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou uma pesquisa utilizando o banco de dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) / Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e assinalou que, em relação às notificações de estupro ocorridas em 2011, “88,5% das vítimas eram do sexo feminino, mais da metade tinha menos de 13 anos de idade e 70% dos estupros cometidos no ambiente intrafamiliar eram por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima” (BRASIL, 2017a, p. 136).

A violência contra a mulher evidencia a forma mais perversa e extrema da desigualdade de gênero, violando os direitos humanos e impactando diretamente diferentes dimensões da vida das mulheres em situação de violência, entre elas, a saúde (ALI *et al.*, 2012).

A partir do início dos anos 2000, várias foram as iniciativas do governo brasileiro para implantar mecanismos capazes de prevenir, coibir e diminuir a violência contra a mulher, como, por exemplo: a criação da Secretaria de Política para as Mulheres

em 2003; a formulação de políticas e promulgação de leis (Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001; Lei Maria da Penha, em 2006) (BRASIL, 2006c)) e o aperfeiçoamento do sistema de vigilância das violências na área da saúde, com a criação do VIVA, em 2006, e a revisão da portaria que trata da notificação de agravos à saúde, incluindo o evento violência como de notificação obrigatória (BRASIL, 2016c).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências trouxe “diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais” (BRASIL, 2001, p. 7).

A política prevê atendimento à mulher em situação de violência na rede de atenção à saúde (unidade básica de saúde, ambulatório, hospitais), apoio para atendimento em casas abrigos, instituições hospitalares para a oferta do aborto legal e atividades direcionadas à reeducação dos agressores. Determina, ainda, a responsabilidade do Ministério da Saúde de criar a notificação compulsória de violência contra mulheres, na busca de conhecer o perfil das mulheres em situação de violência e ofertar melhor atendimento a elas (BRASIL, 2001).

É importante destacar a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) no ano de 2003, pelo governo Lula, com o objetivo de promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente (BRASIL, 2011b).

Em 2006, surge importante marco de enfrentamento à violência contra as mulheres no país, a Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006, conhecida como Maria da Penha. A Lei promove alteração no código penal brasileiro, propõe maior rigor nas punições dos agressores, não permitindo o cumprimento da pena com pagamento de cestas básicas, por exemplo (BRASIL, 2006). A Lei também destaca a ampliação do atendimento policial especializado para as mulheres nas Delegacias de Atendimento à Mulher, a incorporação de questões relativas aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia, além de acréscimo de conceitos que devem ser adicionados à grade curricular da educação no país (BRASIL, 2006).

No mesmo ano de criação da Lei Maria da Penha, o Ministério da Saúde instituiu o VIVA com o intuito de monitorar a violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, além de acompanhar as violências e acidentes em emergências hospitalares. O monitoramento apresentou como principal objetivo o fornecimento de informações sobre a caracterização da violência em todo o país (MALTA *et al.*, 2009).

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) são responsáveis pelo registro dos dados no módulo do SINAN. Nele são inseridas as notificações e as investigações de casos de doenças e agravos de acordo com a lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2008a).

Os dados registrados possibilitam realizar análise da situação de saúde, o que subsidia a tomada de decisões, o planejamento e o desenvolvimento de ações em saúde na temática da violência. Contribuem, ainda, para definição de prioridades, avaliação de programas, serviços e políticas de saúde e a construção de um cenário epidemiológico (BRASIL, 2008a).

A Portaria MS/GM n. 104/2011 (BRASIL, 2011a) vai ao encontro do estabelecido para o Ministério da Saúde na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, ao incluir na lista de agravos de notificação compulsória em todo território nacional a violência contra a mulher. Define o fluxo da notificação, critérios, responsabilidades e atribuições dos profissionais e serviços de saúde.

Várias leis determinam a obrigatoriedade da notificação de casos de violência, como, por exemplo: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069/1990 (BRASIL, 1990); a Lei n. 10.778/2003 (BRASIL, 2003b), que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; e o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei n. 10.741/2003 (BRASIL, 2003a).

No entanto, sabe-se que o caráter compulsório não garante, necessariamente, a qualidade dos dados das notificações de violência contra mulheres. Em muitos casos, o dado é deficitário, incompleto, não sendo capaz de propiciar análise precisa da situação de saúde da população e não contribui de maneira eficaz com informações para subsidiar as ações de vigilância em saúde, comprometendo a

tomada de decisões em tempo hábil e a programação de ações (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Dessa forma, faz-se necessário avaliar a qualidade dessas notificações, com o intuito de identificar pontos frágeis, como e por que ocorrem, a fim de planejar ações que possam preveni-los. Neste trabalho, propõe-se avaliar a qualidade do preenchimento das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada contra mulheres, inseridas no SINAN, referentes ao Estado de Minas Gerais.

O recorte direcionado às mulheres decorre da necessidade de gerar mais visibilidade aos problemas sociais provocados por essa violência que se manifesta de diversas formas, desde assédio no ambiente de trabalho, discriminação, estupros, até as formas física e psicológica. Problemas que convergem para diversas políticas públicas, como a saúde, ocasionando o aumento da demanda de atendimento, reforçando a necessidade de os profissionais acolherem prontamente as mulheres em situação de violência, além de conhecerem o instrumento de notificação compulsória, para que esse instrumento contribua para o atendimento da linha de cuidado direcionado à saúde da mulher e acionamento da rede de proteção da mulher em situação de violência.

Além desses fatores, ressalta-se a importância de qualificar o preenchimento da ficha de notificação, a fim de obter dados mais precisos para a vigilância da violência contra a mulher em Minas Gerais, bem como fomentar a importância de diminuir a subnotificação dos registros.

O interesse pelo tema surge da constatação, a partir de diferentes estudos, de que a qualidade dos dados das fichas de notificação tem melhorado, entretanto, a melhoria difere entre as regiões do país. Além disso, algumas dimensões para mensurar a qualidade dos dados ainda são pouco exploradas nos Sistemas de Informação em Saúde do Brasil, sendo necessário investir em estudos na área (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014; DELZIOVO, 2015; RIBEIRO, 2016; DELZIOVO, 2018). É importante destacar o papel da produção de informação epidemiológica com qualidade, afinal, é por meio desses dados que serão formuladas políticas públicas, dentre outras ações e intervenções em saúde. No caso da violência contra as mulheres, enquanto evento complexo e que requer,

obrigatoriamente, uma atuação intersetorial (saúde, segurança pública, judiciário, assistência social e direitos humanos), a qualidade do dado produzido é ainda mais importante.

Além disso, devido ao fato de, no momento, a proponente atuar na área da vigilância da violência do estado de Minas Gerais, e observar que as avaliações da qualidade das fichas de violência e das subnotificações não são realizadas, em função de fatores, como: sobrecarga de trabalho, prioridades a outras demandas, falta de profissionais e ausência de plano sistemático de avaliações e monitoramento da qualidade do preenchimento da ficha de notificação.

Dessa forma, propõe-se refletir sobre as seguintes questões: qual é o nível de qualidade das informações contidas nos dados de notificação da ficha de violência interpessoal/autoprovoada contra as mulheres em MG? São eficazes para subsidiar ações de vigilância da violência contra as mulheres? O tempo entre a ocorrência do evento e sua notificação altera a qualidade do preenchimento da ficha? Há subnotificação de violência no estado? Quanto mais violenta é a macrorregião de saúde, mais notificação de violência contra a mulher a macrorregião possui?

Espera-se, com este estudo, produzir conhecimentos sobre a qualidade da notificação de violência interpessoal/autoprovoada contra a mulher em MG, que possam contribuir no planejamento de ações que visem à redução da morbimortalidade decorrente desses eventos, além de aprimorar a vigilância das violências no estado.

OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Analisar a qualidade do preenchimento das fichas de notificação de violência contra mulheres inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e a subnotificação desse tipo de ocorrência, referentes ao Estado de Minas Gerais.

1.2 Objetivos específicos

- Avaliar a completitude das variáveis e a consistência dos pares de variáveis das fichas de notificação de violência no Estado.
- Elaborar e avaliar o indicador de completitude referente a completitude da qualidade dos dados da ficha de notificação no Estado de Minas Gerais e nas macrorregiões de saúde.
- Avaliar o tempo oportuno da notificação em relação à data da ocorrência da violência no Estado e nas suas macrorregiões de saúde.
- Verificar a ocorrência de subnotificação de violência contra mulheres nas macrorregiões de saúde do Estado.

REVISÃO DE LITERATURA

1.3 Violência contra mulheres

A violência é um fenômeno milenar, multicausal, histórico, complexo, que perpassa por várias sociedades, culturas e atinge diversas pessoas num determinado tempo e espaço. Modifica-se conforme cada contexto e adquire novas definições, não sendo possível delinear conceito preciso e completo (MINAYO, 2013).

Em função dessa complexidade, apenas em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a abordar o tema violência de forma mais clara, por meio da divulgação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et al.*, 2002), tendo em vista que anteriormente mencionava apenas os seus efeitos e delineava recomendações sobre o assunto.

Assim, a OMS define violência como sendo o

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

A Organização Mundial de Saúde (2017 apud BRASIL, 2016a) estabelece três grandes formas de ocorrência de violência, e suas tipologias, considerando os indivíduos ou grupos afetados:

- a) violência contra si (autoprovocada/autoinfligida): abarca ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios.
- b) violência interpessoal (doméstica e comunitária): advém da relação entre os indivíduos da mesma família e entre parceiros íntimos.
- c) violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias): acontece na sociedade, envolvendo indivíduos conhecidos ou não. “É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado a sua integridade e vida e/ou a seus bens, e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e do sistema de justiça” (BRASIL, 2016a, p. 24).

Segundo o Ministério da Saúde e a OMS, a violência pode ser caracterizada como: física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, negligência/abandono, financeira/econômica, trabalho infantil e por intervenção legal (BRASIL, 2016a).

Essas características da violência se modificam conforme cada contexto social de determinada sociedade e entre as sociedades. De acordo com Minayo (2013), há tipos de violência que persistem ao longo do tempo, como a violência de gênero, especialmente a gerada do homem contra a mulher. Violências que se tornam naturalizadas, cometidas como algo normal, culminando na “violência cultural, ou seja, um jeito próprio e típico de pensar, sentir e agir” (MINAYO, 2013, p. 24).

Corroborando com Minayo (2013), Saffioti (2001) elucida-se que a violência de gênero não é perpetrada apenas contra a mulher, envolvendo também crianças e adolescentes de ambos os sexos. Salienta-se que, numa sociedade de cultura patriarcal, o homem possui a concepção de deter o poder sobre mulheres e crianças, fazendo uso de atos violentos quando julga que há desvio de comportamento desses. Assim, sua atitude violenta é consentida e autorizada pela sociedade, não sendo considerada abuso de poder, conforme comprovado na descrição a seguir:

No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência (SAFFIOTI, 2001, p.115).

Para Chauí (2003, p. 52), a sociedade não percebe a origem da violência, e os argumentos utilizados para explicá-la também são violentos, “porque está cega ao lugar efetivo da produção da violência, isto é, a estrutura da sociedade brasileira”.

A autora remete à estrutura da sociedade brasileira, violenta e autoritária, estabelecida a partir de uma relação de mando e obediência, machista e patriarcal, como contribuindo para a invisibilidade da violência. Quando os direitos das mulheres são negados, a força dessa estrutura societária aumenta, legitimando e naturalizando ainda mais a violência (CHAUÍ, 2003).

Assim, indo ao encontro das afirmações de Minayo (2013), Saffioti (2001) e Chauí (2003) expostas acima, observa-se a influência da cultura da sociedade patriarcal na relação hierárquica entre homem e mulher, com uso da força de forma abusiva, favorecendo a desigualdade de gênero e o cenário para a violência de gênero, especialmente a violência contra as mulheres.

Os movimentos de mulheres em busca por direitos de igualdade de gênero forçaram, mesmo que de forma local e isolada, o início da construção dos direitos das mulheres (GUARNIERI, 2010). Esses movimentos abriram campo para diversas discussões envolvendo o direito da mulher na sociedade, como a necessidade de a violência sair da esfera familiar e privada para se tornar pública, e, assim, problema de Estado (BANDEIRA, 2014).

Nos países das Américas, as lutas pelos direitos das mulheres têm como marco histórico a criação da Comissão Interamericana de Mulheres (CIM) em 1928, durante a Conferência Internacional Americana, ocorrido em Havana, Cuba. A CIM foi criada com o objetivo de cuidar exclusivamente do tema dos direitos das mulheres. No ano de 1948, a CIM foi incorporada à Organização dos Estados Americanos (OEA) como um Organismo Especializado de caráter técnico permanente (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Apesar do avanço na legislação dos países da América Latina que condena a violência contra a mulher, e da conscientização social sobre o tema,

é necessário abordar com informações melhores e com ferramentas de política pública mais eficazes as outras formas de violência cotidiana que contribuem para sustentar as condições estruturais de discriminação das mulheres nas quais se multiplicam os feminicídios (GHERARDI, 2016, p. 134).

Em outras regiões do mundo, a discussão sobre o direito das mulheres ganha força com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, por meio da elaboração da Carta da ONU, que, juntamente com a abordagem dos Direitos humanos, trouxe a igualdade entre homens e mulheres:

as questões de gênero, antes relegadas ao domínio doméstico das jurisdições nacionais, passam em definitivo para o âmbito das considerações globais. Inicia-se, com isso, um processo internacional de codificação dos direitos das mulheres (GUARNIERI, 2010, p. 4).

O ano de 1975 foi considerado o ano internacional das mulheres, e teve como marco a Conferência Mundial da ONU promovida pela Comissão de Status das Mulheres, realizada na cidade do México. A Conferência Mundial foi importante para a legitimidade política de normas contra a discriminação das mulheres. Na ocasião, representantes de 100 governos e vários organismos internacionais aprovaram o Plano de Ação Mundial para a implementação da igualdade, da paz e do desenvolvimento para a Década da Mulher (1976-1985). Os três principais objetivos que nortearam os trabalhos foram: a igualdade total de gênero e a eliminação da discriminação de gênero; integração e a plena participação das mulheres no desenvolvimento e uma maior contribuição das mulheres para o fortalecimento da paz mundial (GALEY, 1979).

Outra grande ação para a luta dos direitos das mulheres foi a aprovação da Declaração sobre a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres, realizada pela Assembleia Geral da Comissão de Status das mulheres, em 7 de novembro de 1976 (GALEY, 1979). No ano de 1979, foi elaborada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas e Discriminação contra a Mulher (CEDAW), reconhecida por 186 países (PIOVESAN, 2014; BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Com a CEDAW, ficou clara a preocupação da ONU com a realidade cultural e a manutenção de leis que condicionavam as mulheres perante os mais diversos tipos de submissão em vários países (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015). Segundo Piovesan (2014), alguns países signatários receberam com reserva a CEDAW, pois entendiam que a convenção interferia em questões religiosas, culturais e legais, “ao impor-lhes a visão de igualdade entre homens e mulheres, inclusive na família” (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015, p. 25).

O Brasil foi um dos países que ratificaram a CEDAW com reservas, no ano de 1984. As ressalvas estiveram relacionadas ao Código Civil Brasileiro de 1916, que entendia que somente o homem era o responsável em tomar as decisões no casamento. Apenas em 2002, o país decretou a Convenção sem ressalvas (FERNANDES, 2014).

A ONU realizou outras conferências mundiais para tratar somente sobre as mulheres, foram elas: a de Copenhague, 1980; a de Nairóbi, em 1985 e a de Beijing,

em 1995 (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008). Em 1993, a ONU aprovou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, elaborada na Conferência sobre Direitos Humanos, em Viena (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008; PIOVESAN, 2014).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, aprovada pela OEA, em 1994, foi o primeiro acordo internacional a reconhecer, “de forma enfática, a violência contra as mulheres como um fenômeno generalizado, que alcança, sem distinção de raça, classe, religião, idade ou qualquer outra condição, um elevado número de mulheres” (PIOVESAN, 2014, p. 27).

Segundo Tavares e Campos (2018), a Convenção de Belém do Pará foi um marco na questão da proteção e direito das mulheres e trouxe mudanças históricas no enfrentamento da violência contra a mulher.

Tavares e Campos afirmam que:

a Convenção de Belém pode ser considerada um importante passo para a adoção de políticas públicas de combate à violência contra a mulher. Com sua ratificação, o Estado brasileiro foi obrigado a modificar suas legislações e, assim, adequar o âmbito interno ao cenário internacional. O Brasil, compondo o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, foi obrigado a se adequar às regras existentes, sendo condenado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos a adotar diversas mudanças, dentre elas, legislativas, para amoldar o cenário interno aos preceitos interamericanos de defesa dos direitos humanos (TAVARES; CAMPOS, 2018, p.17).

Observa-se que a Convenção supramencionada foi de suma importância por se tratar de um legítimo instrumento mantenedor dos direitos e garantias previstos na Constituição Brasileira relativos à mulher e à proteção familiar. Ela reconhece a violência contra as mulheres como uma violação aos direitos humanos, define e atribui aos Estados membros deveres para combater e romper o ciclo da violência.

Azambuja e Nogueira (2008) afirmam que o problema da violência ganhou mais força nos debates políticos e sociais e no planejamento em saúde pública, na década de 1990. Após a Convenção de Belém do Pará, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a desenvolver e a incentivar estudos sobre a temática da violência nos mais diversos contextos, ampliando o entendimento sobre o tema.

Na Conferência de Beijing, realizada em 1995, foram construídos dois documentos, a Declaração e a Plataforma de Ação, ratificados por 189 países, incluindo o Brasil. Esses documentos “serviram para consolidar os avanços jurídicos de cinco décadas no tocante à igualdade das mulheres, estabelecendo áreas prioritárias de ação para a comunidade internacional” (GUARNIERI, 2010, p. 19).

A Plataforma de Ação identificou a violência contra as mulheres como uma das 12 áreas críticas de preocupação que exigiam ação urgente para alcançar os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz. Recentemente, o fim da violência contra as mulheres foi incluído como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (UN WOMEN, 2016). Os objetivos dos ODS “buscam concretizar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015, p.1).

O Objetivo número cinco aborda especificamente a ‘Igualdade de Gênero’, visando erradicar todas as formas de violência contra mulheres e meninas, por meio da promoção da educação, aumento da igualdade de remuneração no mercado de trabalho, oferta de capacitação para contribuir nas próprias escolhas, garantia de acesso universal à saúde reprodutiva e sexual, incentivo aos cargos de liderança e aumento da representatividade política, entre outras ações. Até 2030, pretende-se pôr fim a qualquer tipo de discriminação e violência contra mulheres e meninas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Todos os compromissos internacionais supracitados tiveram como objetivo a promoção da elevação da situação da mulher e dos seus direitos no quesito igualdade de gênero. Buscou-se ampliar os direitos humanos da mulher, como maior oferta de educação, oportunidades de trabalho e serviços de saúde, além de buscar meios de combater a violência doméstica que, desde muitos anos, impactam negativamente no desenvolvimento das mulheres.

Diante do quadro de legitimidade e gravidade da violência contra as mulheres demonstrada pela militância feminista, as transformações no cenário internacional a partir de realizações de Conferências, Convenções, acordos e tratados legitimados por diversos países, o Estado brasileiro necessitou convergir esforços para essa causa, inserindo a discussão na agenda política do país, envolvendo

diversas áreas, como: justiça, segurança pública, saúde e assistência social (BANDEIRA, 2014).

Na área da segurança pública, tem-se a criação, a partir de 1985, das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAMs) com a finalidade de acolher as violências cometidas contra a mulher cujo modelo acabou servindo de exemplo para outros países da América Latina (MACHADO, 2010).

Essas delegacias devem possuir profissionais específicos, delegadas e agentes policiais mulheres, cujo preparo deve possibilitar a escuta e o olhar diferenciado em relação à violência, sendo capaz de captar as especificidades que as permeiam (BANDEIRA, 2014).

O investimento na estruturação das DEAMs representou o reconhecimento da violência vivenciada pelas mulheres cotidianamente, validando um direito social coletivo e contribuindo para o ganho de cidadania e a luta contra a exploração masculina em relação à mulher. Segundo Machado (2010), o reconhecimento da violência contra mulheres veio da repercussão política das lutas feministas e midiáticas quanto ao poder extremo dos homens sobre suas companheiras, dos atos de violência que culminavam nos óbitos das mulheres e não da violência diária e crônica vivenciada por elas.

As DEAMs contribuíram para dar mais visibilidade à violência contra as mulheres, corroborando com a luta do movimento feminista, constituindo o local especializado para a escuta da mulher em situação de violência (MACHADO, 2010).

No mesmo ano de criação das DEAMs, houve a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e, em 1986, a criação da primeira casa abrigo para acolher as mulheres em situação de violência com risco iminente de morte (BANDEIRA, 2014).

Salienta-se que essas conquistas de proteção à mulher em situação de violência ocorreram em função da militância do movimento feminista, cobrando do estado execuções de ações direcionadas ao enfrentamento à violência contra as mulheres e à garantia de seus direitos.

Na década de 90, do século passado, houve ampliação das casas abrigos visando garantir a integridade física e psicológica das mulheres em situação de violência e ameaça de morte (BRASIL, 2011b).

As DEAMs e as casas abrigos configuraram os principais objetivos do governo brasileiro, no período de 1985 a 2002, quanto à atenção às mulheres em situação de violência, focalizando as áreas da segurança pública e assistência social.

Em 2004, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), envolvendo 120 mil mulheres que participaram das plenárias estaduais, municipais e regionais, em todo o país. Com a CNPM, surgiram várias propostas que subsidiaram a elaboração do I Plano Nacional de Políticas Públicas para Mulheres (PNPM) (BRASIL, 2004).

O enfrentamento à violência contra as mulheres é uma das quatro áreas estratégicas de atuação inseridas no PNPM, que abarca também os campos: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; e saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos (BRASIL, 2004).

Cada área de atuação definiu seus objetivos, metas, prioridades e plano de ação. Em relação à área enfrentamento à violência contra as mulheres, uma das metas era implantar o sistema nacional de informações sobre violência contra a mulher e uma das prioridades era produzir e sistematizar dados e informações sobre essa violência (BRASIL, 2004).

Em 2007, realizou-se a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, envolvendo a participação de 200 mil mulheres, das quais 2.800 constituíram a delegação na etapa nacional, que sistematizou um conjunto de propostas e demandas que subsidiaram a elaboração do II PNPM (BRASIL, 2008b).

Em 2008, foi lançado o II PNPM com o intuito de ampliar e aprofundar o campo de atuação do governo federal nas políticas públicas para as mulheres. Para isso, incluíram seis novas áreas estratégicas que tiveram o objetivo de somar àquelas já existentes no I Plano, são elas: participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com

garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; cultura, comunicação e mídia não discriminatórias; enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas (BRASIL, 2008b).

Em 2011, foi realizada a III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, envolvendo a participação de 200 mil mulheres, das quais 2.125 constituíram a delegação na etapa nacional, que sistematizou um conjunto de propostas e demandas que subsidiaram a elaboração do III PNPM (BRASIL, 2013).

O III PNPM foi lançado em 2013 (BRASIL, 2013) com o intuito de fortalecer as políticas anteriores, e seus principais princípios foram:

- a) autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida;
- b) busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos;
- c) respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação;
- d) caráter laico do Estado;
- e) universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado;
- f) participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas;
- g) transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas.

No âmbito jurídico, em 2006, foi promulgada a Lei n. 11.340/2006 (BRASIL, 2006), conhecida como Lei Maria da Penha, visando coibir, prevenir e punir a violência contra a mulher. A lei foi sancionada após a condenação do Estado Brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) no caso Maria da Penha Maia Fernandes pelo

não cumprimento do previsto no artigo 7.º da Convenção de Belém do Pará e nos artigos 1.º, 8.º e 25 da Convenção Americana de Direitos Humanos, e ainda, o dever do Estado brasileiro de indenizar a vítima, monetária e simbolicamente. Ademais, a Comissão recomendou que o Brasil adotasse várias medidas de combate à violência contra a mulher, entre elas, a

elaboração de uma lei específica para este fim (CALAZANS; CORTES, 2011, p. 56).

A Lei trouxe avanços consideráveis no campo jurídico e no enfrentamento da violência contra as mulheres e “sua estruturação pode ser entendida a partir de três eixos principais de medidas de intervenção: criminal, de proteção dos direitos e da integridade física da mulher, e de prevenção e educação” (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015, p. 261). Assim, criaram-se mecanismos para prevenir a violência perpetrada contra mulheres no âmbito doméstico, produzindo efeitos nas esferas jurídica, civil e criminal.

Contudo, a punição prevista na lei para o agressor, na prática, torna-se muito morosa, em função de fatores como a ausência de aparato institucional (delegacias de mulheres, juzizados especiais), podendo contribuir para a baixa probabilidade de punição do agressor. Visando consolidar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, o governo federal estabeleceu, em 2007, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres entre os entes federados visando ao planejamento de ações na área (BRASIL, 2011b).

O Pacto foi organizado em cinco eixos prioritários, a saber: garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; garantia da segurança cidadã e acesso à justiça; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres; garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (BRASIL, 2011b).

Salienta-se que na programação do Plano para o período de 2012 a 2015, encontravam-se estabelecidos o apoio e a articulação na ampliação e implantação da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, em cumprimento à Portaria MS n. 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011a), em todos os estabelecimentos de saúde, como hospitais, ambulatórios, clínicas, pronto atendimento e unidades básicas de saúde.

Assim, pode-se afirmar que uma das ações da área da saúde, com a finalidade de contribuir para o enfrentamento da violência contra a mulher, foi a institucionalização da ficha de notificação nos serviços de saúde. O preenchimento da ficha e sua

inserção no SINAN contribuiriam para gerar dados referentes à violência contra as mulheres, sendo possível traçar o perfil delas e dos seus agressores. Os estudos dos dados gerados seriam norteadores para a formulação de programas e políticas na área.

Em consonância com o Pacto, a Comissão sobre a Situação da Mulher da Organização das Nações Unidas e, a partir da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre violência contra a mulher, criou-se a Lei n. 13.104/2015 para punir os assassinatos cometidos contra as mulheres em função da sua condição de gênero (BRASIL, 2015a).

Reforça-se que a Lei n. 13.104/2015, conhecida como “Lei do feminicídio”, também veio em direção às convenções assinadas pelo Brasil, citadas anteriormente, como Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Corrobora, também, com o disposto na Constituição Federal, no parágrafo 8.º do art. 226, no qual o Estado se compromete a criar mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações familiares (BRASIL, 1988; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2004).

Em 2015, é lançada a Agenda 2030, contendo os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para o mundo. A Agenda possui 17 objetivos e 169 metas convergidas para eliminação da pobreza extrema e da fome, igualdade de gênero, eliminação da violência, entre outras (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). O governo brasileiro assumiu o compromisso de erradicar a violência contra mulheres e meninas e toda a forma de discriminação, conforme estabelecido com o Objetivo 5 da Agenda 2030.

Como já mencionado anteriormente neste capítulo, várias ações são necessárias para promover a concretização do Objetivo 5 – Igualdade de Gênero. Contudo, observa-se no Brasil, atualmente, ações que destoam desse objetivo, como a Portaria SCTIE/MS n. 13, de 19 de abril de 2021, que visa prevenir a gravidez não programada de mulheres em situação de vulnerabilidade, por meio do implante subdérmico de etonogestrel (BRASIL, 2021a). Assim, a portaria concede ao

governo o poder de decidir para a mulher se, mesmo em estado de vulnerabilidade, ela deseja ou não ter filhos, interferindo no seu direito de liberdade de escolha.

Dessa forma, torna-se mais viável criar mecanismos de coibir a gravidez do que elaborar programas que visem ao empoderamento feminino por meio de espaços de discussões e orientações que sejam capazes de ampliar o horizonte para tomada de decisão da mulher.

Além disso, Damares Alves, Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos do governo Jair Bolsonaro, declara que o país inicia uma 'Nova Era', onde "menina veste rosa e menino veste azul" (CERIONI, 2019). Essa declaração enfatiza o posicionamento do atual governo, que fomenta uma postura machista e a desigualdade de gênero. Esses posicionamentos divergem dos compromissos assumidos em âmbito internacional, como o Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no qual o governo assumiu o compromisso de acabar, até 2030, com a desigualdade de gênero (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Em 2020, a Organização das Nações Unidas (ONU) declara pandemia pelo novo coronavírus (covid-19). No decorrer da pandemia, ainda em curso, noticiários de diversos países declaram aumento da violência contra mulheres, especialmente em função da medida de distanciamento social adotada para evitar a propagação do vírus. No Brasil, a realidade da violência contra as mulheres não difere de outros países. As medidas de distanciamento social dificultam acesso aos órgãos e entidades de proteção à mulher, às delegacias especializadas e à realização de denúncias (CERQUEIRA; BUENO, 2020).

Salienta-se que as delegacias especializadas se encontram mais direcionadas aos grandes centros, dificultando o acesso da maioria das mulheres a um atendimento adequado. Isso demonstra a fragilidade da política de proteção à mulher no país. A pandemia tem sinalizado o problema da violência contra as mulheres e a ausência de investimento governamental em ações de enfrentamento a essa violência, como necessidade de ampliar a Casa da Mulher Brasileira (CERQUEIRA; BUENO, 2020).

É de extrema importância ampliar os canais de comunicação e denúncias das violências perpetradas contra mulheres, contudo é necessário também a ampliação de espaços que acolham as mulheres em situação de violência. Mulheres em

situação de violência recorrente estão sujeitas à face mais perversa dessa violência, o feminicídio (PINTO *et al.*, 2021).

Em Minas Gerais, de forma a cumprir com as legislações sancionadas e as ações advindas do governo federal e das instituições internacionais, bem como se posicionar frente às cobranças do movimento feminista, o governo também buscou convergir esforços no combate à violência contra as mulheres.

Na década de 1980, é criado o Conselho Estadual da Mulher (CEM), após diversas reivindicações do movimento feminista, regulamentado pelo Decreto n. 22.971 de 24 de agosto de 1983. O Conselho objetivava promover a inserção da mulher em todos os aspectos da vida comunitária, defender seus direitos e combater qualquer forma de discriminação (MINAS GERAIS, 1983).

Ativo até os dias atuais, o CEM encontra-se vinculado à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDESE) e possui composição paritária, composto pela presidente e 20 conselheiras, sendo dez da sociedade civil e dez do poder público estadual. Tem atuado na defesa e nos direitos das mulheres, junto à sociedade civil (MINAS GERAIS, 2003).

Em 2015, o governo estadual criou a Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania (SEDPAC) para articular e fomentar políticas para as mulheres, por meio da Subsecretaria de Políticas para Mulheres (SPM-MG) (MINAS GERAIS, 2018).

A SPM buscou construir políticas baseada na promoção da igualdade de gênero, por meio de “articulação intersetorial, na transversalidade de gênero, na interseccionalidade das diferenças, na descentralização e na territorialização das políticas públicas” (MINAS GERAIS, 2018, p. 11).

No mesmo ano de criação da SEDPAC, ocorreu a IV Conferência Estadual de Política para as Mulheres e surgiu a proposta, na Conferência, para a elaboração do Plano Estadual de Política para as Mulheres, capaz de reunir as demandas dos movimentos sociais e de demais organizações feministas e de mulheres do estado.

Para execução das ações, as verbas direcionadas a elas estariam interligadas ao orçamento público estadual, garantindo assim a viabilidade de cumprimento das propostas inseridas no Plano, por período de dez anos.

Além do Plano, a Conferência proporcionou a criação da Lei Estadual n. 22.256/2016, que institui a política de atendimento à mulher em situação de violência em MG, com os seguintes objetivos: assegurar o atendimento integral à mulher em situação de violência; aperfeiçoar os serviços especializados de atendimento às mulheres que sofrem violência; promover a autonomia da mulher; e garantir a igualdade de direito entre os gêneros (MINAS GERAIS, 2016a).

O artigo 5.º da Lei estabelece a manutenção de banco de dados referente à violência contra a mulher, com as seguintes informações: número de mulheres em situação de violência dos seguintes delitos: feminicídio, estupro, lesão corporal e ameaça; número de medidas judiciais protetivas de urgência e número de casos de reincidência de violência doméstica e familiar (MINAS GERAIS, 2016a).

O banco de dados tem o objetivo de gerar dados para o diagnóstico da violência contra as mulheres, para melhor desempenho da Política no Estado, possibilitando aos gestores projetar ações a curto, médio e longo prazo.

Em 2018, a Assembleia Legislativa do estado aprova a Lei n. 23.144/2018 (BELO HORIZONTE, 2018), de autoria da deputada Marília Campos, que institui a data de 23 de agosto como o Dia Estadual de Combate ao Feminicídio, mais uma conquista na luta contra a violência contra a mulher.

Verifica-se que, com as legislações sancionadas pelo governo e o Plano Decenal em curso, as políticas para as mulheres tornam-se mais robustas no Estado e caminham *pari passu* às políticas de âmbito nacional, contribuindo, assim, para o fortalecimento de ambas.

Contudo, o cenário promissor passou por mudanças em função do *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff e a agenda nacional da política para mulheres sofreu forte impacto, repercutindo também em Minas Gerais.

O Plano decenal proposto em 2015 foi paralisado e resgatado em 2017, com discussão no Comitê da Transversalidade para a Igualdade de Gênero. Os membros do Comitê retomaram as propostas das mulheres, de vários espaços de participação social, para inseri-las no Plano, como: a Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres; I Conferência Estadual de Saúde das Mulheres; demandas dos Fóruns Regionais, entre outros (MINAS GERAIS, 2018).

O Plano foi estruturado em cinco eixos, a saber: Eixo 1 – Autonomia econômica das mulheres; Eixo 2 – Enfrentamento à violência contra as mulheres; Eixo 3 – Ampliação da participação política das mulheres; Eixo 4 – Construção de relações igualitárias de gênero e Eixo 5 – Saúde integral das mulheres e direitos sexuais e reprodutivos (MINAS GERAIS, 2018).

Os eixos foram construídos embasados em diagnósticos, justificando, assim, a importância da sua constituição. As ações delineadas envolveram diversos atores sociais, bem como várias áreas do governo, como justiça, segurança pública, saúde, assistência social, educação, entre outras.

No que se refere à saúde, o eixo 2 propôs a ampliação da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, conseqüentemente, a importância de expandir os hospitais que atendem às pessoas em situação de violência sexual. O eixo 5 fez menção à importância da notificação dos casos de violência contra mulheres na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do Ministério da Saúde, assunto que será abordado na seção 3.2 do presente trabalho (MINAS GERAIS, 2018).

Salientamos que as ações contidas no Plano Decenal se encontram em consonância com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Isso é de extrema importância para fortalecer a Política e disseminá-la para todo o Estado.

Contudo, no ano de 2019, a SEDPAC é extinta e os trabalhos são direcionados para a Subsecretaria de Direitos Humanos, da SEDESE, representando grande perda para a área em função da restrição orçamentária, menor visibilidade da pasta, inserindo a temática na Superintendência de Participação e Diálogos Sociais, conforme o Decreto n. 47.761, de 20 de novembro de 2019 (LEGISLAÇÃO, 2019).

Assim, a partir do novo governo, a política começa a ser reestruturada; contudo, premissas como a luta pela igualdade do direito entre homens e mulheres, promoção da autonomia das mulheres, redução da violência e do feminicídio, entre outras, continuam na linha de ações governamentais.

No decorrer da pandemia (covid-19), o governo de Minas Gerais também tem seguido a linha do governo federal, buscando divulgar os canais de denúncias de violência contra as mulheres, que são necessários. Todavia, o governo precisa avançar para além dessa divulgação, buscando implementar ações de acolhimento da mulher em situação de violência, protegendo-a contra o agressor, evitando recorrência da violência.

Além disso, buscar mecanismos de empoderamento das mulheres, estimulando a independência e a autonomia, ampliar espaços de atendimento psicológico, ampliar hospitais de referências para pessoas que sofrem violência sexual, entre outras medidas que fomentem a igualdade de gênero.

1.4 Vigilância da violência

O cenário internacional da década de 1980 já sinalizava a violência como problema mundial, porém foi de forma tardia que a temática adentrou na área da saúde, especialmente após a publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde pela OMS, em 2002 (MINAYO, 2013).

Em meados da década de 1990, a IV Conferência Mundial sobre Mulheres, sediada na China, apontou como obstáculo ao enfrentamento da violência a ausência de informação adequada e precisa sobre ela. Para melhor intervenção junto ao agravo, era necessário conhecer a natureza, as causas e as consequências da violência, bem como sua incidência e prevalência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em meio às recomendações mundiais e no intuito de cumpri-las, em 2001 o Brasil estabeleceu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Inseriu como diretriz o monitoramento da ocorrência dos acidentes e violências e, a partir de então, iniciou, paulatinamente, mecanismos de monitoramento desses agravos (BRASIL, 2001).

A Política mencionava diversos sistemas ou outros meios já existentes de registros da ocorrência dos acidentes e violências, porém sem integração das informações, como: o Boletim de Ocorrência (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN); o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) (BRASIL, 2001).

Por meio desses sistemas, não era possível dimensionar a magnitude da violência e dos acidentes, limitando o conhecimento apenas nos casos em que os desfechos geravam internação ou óbito (BRASIL, 2009).

No intuito de fomentar e fortalecer a vigilância da violência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM n. 936/2004 referente à estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, estabelecendo atribuições dos componentes da Rede, incluindo a implantação de Núcleos de Violência nos âmbitos Estadual e Municipal (BRASIL, 2004).

Para nortear os trabalhos do Núcleo, Estados e Municípios deveriam elaborar o Plano Estadual/Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, incluindo todas as ações a serem desempenhadas e promoverem a articulação das áreas e atores envolvidos com a temática (BRASIL, 2004).

Dentre os vários objetivos, o Núcleo deveria buscar a “garantia da implantação e implementação da notificação de maus-tratos e outras violências, possibilitando melhoria na qualidade da informação e participação nas redes locais de atenção integral para populações estratégicas” (BRASIL, 2004, p.1).

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente [...]” (BRASIL, 2010a, p. 17).

Dentre os objetivos específicos da Política, há um direcionamento ao desenvolvimento da cultura de paz e modos de vida não violentos, com a finalidade de:

I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; II – Investimento na sensibilização e

capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual. III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual; IV – Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal; V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência; VI – Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações; e VII – Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências (BRASIL, 2010a, p. 37-38).

Conforme as finalidades elencadas, o MS investiu, a partir de 2006, na implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o propósito de produzir dados e divulgar informações sobre acidentes e violência.

O VIVA encontra-se em consonância com as legislações supracitadas, na medida em que possibilitou ampliar o conhecimento sobre a violência e acidentes, a partir da sua estruturação em dois componentes: vigilância contínua (VIVA Contínuo) de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas; e a vigilância sentinela (VIVA Sentinela) de violências e acidentes em emergências hospitalares. Essas vigilâncias viabilizaram incremento na descrição das características das pessoas que sofrem violência, perfil do agressor e as circunstâncias do evento (BRASIL, 2009).

A operacionalização do VIVA Contínuo ocorre por meio da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, e a do VIVA Sentinela acontece por meio da ficha de notificação de acidentes e violência em unidades de urgência e emergência. Esse último é realizado mediante inquérito trianual, durante um mês, nos hospitais de urgência e emergência pactuados entre os serviços e secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2009).

Ambas as vigilâncias são centradas na notificação compulsória envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, conforme preconizados por diversas legislações: Constituição Federal de 1988; Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Estatuto do Idoso, Lei n. 10.741/2003 (BRASIL, 2003a); Lei n. 10.778/2003 (BRASIL, 2003b), de notificação compulsória dos casos suspeitos de violência contra a mulher.

Apesar da institucionalização da notificação da violência na área da saúde em 2006, o VIVA contínuo não abrangia toda a rede assistencial de saúde, apenas “serviços ou centros de referência para violências, centros de referência para DST/aids, ambulatórios especializados, maternidades” (BRASIL, 2016c, p.15). Assim, várias informações deixavam de ser captadas, não favorecendo conhecimento mais preciso do agravo.

Dessa forma, o MS publicou a Portaria MS/GM n. 104/2011 (BRASIL, 2011a), de notificação compulsória de doenças e agravos de interesse em Saúde Pública, universalizando a notificação de violência interpessoal e autoprovocada. A partir da Portaria, todas as unidades notificadoras pública e privada deveriam notificar compulsoriamente a violência, e as informações da ficha seriam digitadas, posteriormente, no SINAN. Desse modo, haveria mais captação dos casos de violência, contribuindo para maior visibilidade deles.

As sucessivas atualizações posteriores a essa legislação permaneceram com a notificação de violência como agravo na lista de notificação compulsória e, atualmente, a Portaria Ministerial vigente sobre o assunto é a Portaria MS/GM n. 204/2016 (BRASIL, 2016b), inserida na Portaria de Consolidação n. 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017c), que consolida as normas do SUS.

Segundo o MS, os casos de violência passíveis de notificação são:

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2016a, p. 26).

Conforme a definição, todos os atos violentos, independentemente do tipo ou da natureza da violência, cometidos contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres, devem ser de notificação compulsória.

A Portaria MS/GM n. 1.271/2014 estabeleceu a notificação dos casos de violência sexual e tentativa de suicídio, em até 24 horas, para as secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2014). Essa medida contribuiu para que o atendimento à violência sexual ocorresse com a menor brevidade de tempo, sendo possível ministrar

procedimentos profiláticos, a fim de evitar Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e administrar a contracepção de emergência.

O fluxo da notificação inicia-se por meio do preenchimento pelo profissional das unidades notificadoras (Unidade de Saúde, Unidade de Assistência Social, estabelecimento de ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher, entre outros) da ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada, que, posteriormente, é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (BRASIL, 2016a).

As fichas são inseridas no SINAN e seguem fluxo de compartilhamento entre as três esferas de governo (município, estados e união). Dessa forma, todos os entes federados possuem as informações inseridas no sistema de acordo com seu nível de abrangência (BRASIL, 2016a).

No ano de 2011, quando a notificação de violência se tornou compulsória em todo o país, a ficha de notificação era estruturada em 55 campos de preenchimento. A partir de junho de 2015, a ficha recebeu alteração em alguns campos, totalizando 69 campos. A mudança foi necessária em virtude de novas legislações acerca da violência e de inclusão de variáveis capazes de contribuir com indicadores epidemiológicos.

A ficha de notificação de violência atual encontra-se estruturada em dez blocos, sendo: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados do provável autor da violência, encaminhamento e dados finais; além de campos destinados para informações complementares e observações (BRASIL, 2016a).

Cada bloco possui campos de preenchimento obrigatório, campos chaves e campos essenciais para análise epidemiológica local e operacional das violências, totalizando 69 campos (BRASIL, 2016a).

Os campos de preenchimento obrigatórios, ao todo 27, correspondem àqueles cuja ausência de informação impossibilita a inserção da ficha no SINAN. Os quatro campos chaves são responsáveis por identificar os registros da ficha no banco de dados. Os campos essenciais, ao todo 22, são assim denominados porque são

fundamentais para a análise epidemiológica local e operacional da violência, contribuindo para a análise epidemiológica do agravo. Os 16 campos restantes não foram caracterizados entre os campos obrigatórios, chaves e essenciais (BRASIL, 2016a).

Segundo o MS, as fichas inseridas no SINAN necessitam apresentar completude e consistência para obtenção da qualidade dos dados e capacidade de fornecer análise epidemiológica condizente com a realidade (BRASIL, 2010b).

A completude é analisada considerando-se os campos da ficha de notificação cujas informações estejam completas, ou seja, os registros não estão em branco ou assinalados como ignorados. A consistência é a relação entre dois campos que se combinam, havendo coerência entre si, ou seja, os dados informados não são contraditórios; como exemplo, a 'data de ocorrência da violência' não pode ser maior do que a 'data de notificação' (BRASIL, 2010b).

Desse modo, verifica-se que o MS ampliou a notificação de violência para todas as unidades federadas e busca orientar os profissionais quanto ao preenchimento da ficha de notificação e à vigilância das violências, mediante a publicação de documentos orientadores, como: roteiro para uso do SINAN, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos operacionais; instrutivo da notificação de violência interpessoal e autoprovocada – VIVA, entre outros.

Esse contexto não difere no Estado de Minas Gerais. A Secretaria de Estado de Saúde (SES), por meio da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e da Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, vem direcionando esforços para a implantação da vigilância da violência, por meio de capacitações para os profissionais e técnicos das Unidades Regionais de Saúde (URS), elaboração e monitoramento de indicadores, entre outras ações.

Dessa forma, em 2012, a Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/MG implantou o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde de Minas Gerais (PFVS/MG) com a finalidade de promover a descentralização, para os municípios, das ações de vigilância em saúde e fomentar a análise situacional da saúde da população (MINAS GERAIS, 2012).

A adesão era realizada por meio de assinatura do Termo de Compromisso entre Estado e Município, com contrapartida financeira estadual mediante o cumprimento das ações pela gestão municipal. Os municípios que aderissem ao Projeto optavam por um elenco de ações, subdivididos em três grupos: elenco 1 (47 ações), elenco 2 (25 ações) e elenco 3 (21 ações); que continham vários indicadores de Vigilância em Saúde (promoção à saúde, saúde do trabalhador, vigilância ambiental, sistemas de informação, vigilâncias epidemiológica e sanitária) para cumprimento das metas pelos municípios, conforme o grau de complexidade das ações (MINAS GERAIS, 2012).

O elenco 1 abarcava ações com grau de menor complexidade. Os municípios que aderissem às ações do elenco 2 automaticamente assumiam as ações dos elencos 1 e 2. Os municípios que fizessem adesão pelo elenco 3 deveriam cumprir também as do elenco 1 e 2, totalizando 93 ações. O elenco 3 era composto por indicadores mais complexos, sendo adotados por municípios com porte populacional maior (mais de 100.000 habitantes) (MINAS GERAIS, 2012).

Mediante o elenco assumido, o município elaborava o Plano Municipal de Investimento em Vigilância em Saúde (PMIVS), com objetivo de orientar a execução das ações e a aplicação dos recursos financeiros (MINAS GERAIS, 2012).

Dentre as ações, havia duas relacionadas à violência, todas do eixo Promoção da Saúde, a saber: elenco 1: indicador 1.4 – Notificar os casos de violências no SINAN; elenco 2: indicador 2.3 – Implantar o núcleo intersetorial de prevenção da violência e promoção da cultura da paz (MINAS GERAIS, 2012).

O indicador 2.3 estabelecia a necessidade de elaborar ou atualizar o Diagnóstico Situacional das Violências e Acidentes e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento dos Acidentes e Violências e Promoção da Cultura da Paz, além de seu cumprimento e constante monitoramento.

Concomitantemente ao PFVS, houve a publicação da Resolução SES n. 3.607, de 28 de janeiro de 2013 (MINAS GERAIS, 2013), estabelecendo o Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura da Paz na SES/MG, com os seguintes objetivos:

- a) integrar as áreas técnicas que trabalham com a temática violência para discutir a respeito de formulação, regulação, planejamento, avaliação e monitoramento das ações de prevenção da violência e promoção da cultura da paz;
- b) desenvolver e aprimorar políticas públicas sobre prevenção da violência e promoção da cultura da paz;
- c) unir informações dos sistemas oficiais que possuem dados de violência a fim de subsidiar a produção de indicadores para construção de políticas públicas;
- d) gerar conhecimento sobre a violência, pelo meio de pesquisas e estudos, para favorecer a tomada de decisão;
- e) promover junto aos entes federativos ações de prevenção da violência e promoção da cultura da paz;
- f) organizar os fluxos de assistência multiprofissional a todas as pessoas envolvidas no evento de violência, em parceria aos demais setores da SES/MG;
- g) promover parcerias intra e interinstitucionais com a finalidade de discutir e agir na vigilância à violência.

O Núcleo foi constituído com reuniões periódicas; porém suas atividades não tiveram prosseguimento nesse espaço de discussão, sendo direcionadas a outros ambientes coletivos de debates, como: Comitê Estadual de Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual (CEAHVIS); Grupo de Trabalho Intersetorial de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres; Grupo de Trabalho e Colegiado de Saúde Mental e Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) do Programa Saúde na Escola (PSE).

Diversos parceiros intra e intersetorias são envolvidos nos Comitês e Grupos de Trabalho, como: Polícia Civil, Ministério Público, Defensoria Pública, Secretarias de Saúde, Direitos Humanos, Educação, Segurança Pública, dentre outros, a fim de favorecer discussões na busca de soluções para a prevenção da violência e proporcionar a cultura da paz na sociedade.

As discussões convergem para o combate à violência em todas as fases de vida da pessoa, abrangendo, principalmente, as fases mais vulneráveis, como a infância, a adolescência e a velhice, englobando também gêneros, como mulheres e a população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT) e, da mesma forma, afetam pessoas com deficiência.

Em 2017, o PFVS/MG transformou-se no Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde de Minas Gerais (PROMAVS), visando “fortalecer o planejamento, a gestão e a execução das ações de vigilância em saúde desenvolvidas pelo estado e municípios” (MINAS GERAIS, 2016b, p. 2).

Alguns indicadores foram reavaliados e modificados, dentre eles, o da violência: indicador 14 – “Percentual de notificações de violência com o campo 65 (encaminhamentos) preenchido adequadamente”. A alteração visava promover a qualificação do preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada e fomentar a articulação da rede de cuidado e atendimento às pessoas em situação de violência (MINAS GERAIS, 2016b).

O indicador 2.3, sobre a Implantação do Núcleo Intersetorial de Prevenção da Violência, foi suprimido, implicando na ausência de incentivo junto aos municípios na implementação e continuidade das ações de prevenção à violência e promoção da cultura da paz.

Em 2019, a Resolução SES/MG n. 6.648/2019 manteve os indicadores referenciados acima, modificando a redação do indicador 14, substituindo para “Percentual de notificação com o campo 65 (encaminhamentos) preenchido adequadamente e com, pelo menos, um encaminhamento” (MINAS GERAIS, 2019a, p. 40).

Desse modo, a alteração reforça a importância da qualificação da ficha de notificação, a necessidade da pessoa em situação de violência ser referenciada para outro serviço da rede de atendimento, contribuindo, assim, para o fortalecimento da estruturação e organização da rede.

Nesse sentido, visando cooperar na intensificação da rede de enfrentamento à violência, a SES/MG publicou duas Resoluções no final do ano de 2019 (MINAS

GERAIS, 2019b; MINAS GERAIS, 2019c) com a finalidade de alocar aporte financeiro para municípios com mais de 100 mil habitantes e municípios que iniciaram o processo de implantação dos Núcleos Intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Paz na época do PFVS, visando implantar os Núcleos e/ou estimular ações robustas no combate à violência.

Apesar das Resoluções publicadas sinalizando novos investimentos na área de vigilância e prevenção da violência, o Estado depara-se com retrocessos advindos do encerramento do PMAVS no primeiro trimestre de 2020.

Dessa forma, recursos destinados aos municípios exclusivamente para as ações de vigilância em saúde e, dentre elas, de prevenção à violência, foram interrompidos, desestimulando profissionais e gestores no fortalecimento da vigilância, cessando, assim, um ciclo de avaliação contínua do sistema de vigilância em saúde no Estado.

Ressalta-se que o PMAVS contribuía como norte, especialmente para os municípios de pequeno e médio porte, no direcionamento das atividades de vigilância em saúde, mediante análise de indicadores que subsidiavam informações, aumentando a eficiência e a eficácia dos planejamentos e ações.

O procedimento adotado pela Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/MG diverge de estudos que sinalizam a importância dos indicadores e seu monitoramento para o planejamento em saúde e tomada de decisão (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008; BRANCO, 2001).

As informações em saúde contidas nos mais diversos sistemas de informação (SIM, SINAN, SINASC, SIH) devem “refletir o processo saúde/doença, as condições de vida da população e as informações administrativas de interesse para os serviços de saúde, possibilitando um conhecimento ampliado da realidade sanitária da população” (LIMA *et al.*, 2015, p. 63).

Diante do arcabouço histórico legislativo descrito acima, constatam-se esforços dos governos brasileiro e mineiro em conhecerem a magnitude do fenômeno violência e promoverem ações para o seu enfrentamento. No entanto, verificam-se retrocessos na área e desafios a serem superados, como: articulação do setor saúde com a rede de atendimento e defesa dos direitos; qualificação dos

profissionais de saúde para sensibilização da notificação de violência e redução da subnotificação dos casos; incremento da adesão dos serviços à notificação dos casos de violência; incentivo para melhoria do sistema de informação articulando o sistema pré-hospitalar e hospitalar; aprimoramento dos dados inseridos no SINAN e produção de análises de dados do SINAN integrados ou não a outros sistemas de informação.

As ações voltadas para a notificação possibilitarão o conhecimento da magnitude, da tendência, dos perfis do agressor e da pessoa que sofre violência, a motivação, entre outros. Os conhecimentos oriundos dos dados da ficha de notificação de violência servirão para subsidiar o planejamento, a execução, a avaliação e o monitoramento da violência entre os entes federados. Todavia, o conhecimento da dimensão epidemiológica da notificação ainda encontra entraves, como o sub-registro e a qualidade dos dados.

METODOLOGIA

1.5 Desenho do estudo

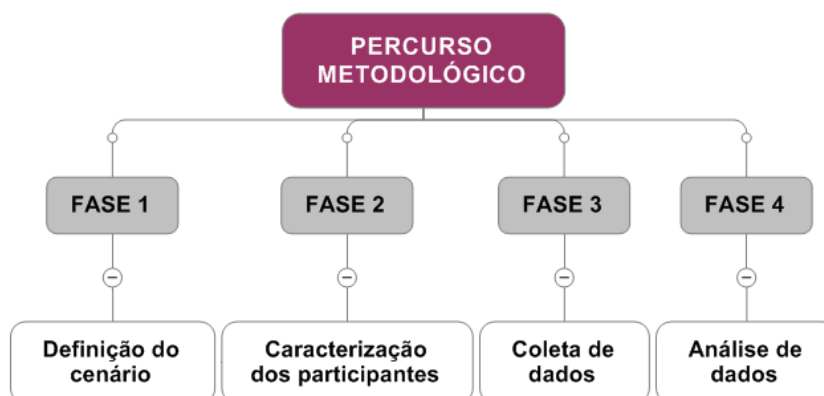
Trata-se de uma pesquisa transversal com a finalidade de observar diretamente uma população planejada em um único momento, em local e tempo definidos, por meio da análise da qualidade das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Caracteriza-se por ser descritiva-analítica com o objetivo de verificar, descrever e analisar com exatidão a qualidade dos dados preenchidos nas fichas de notificação.

Analisa as relações entre variáveis contidas nas fichas de notificação, além de descrever a relação dos seus sub-registros, a partir da correlação das taxas de notificações de violência contra mulheres e homicídios, a fim de verificar pressupostos delineados neste estudo.

1.6 Execução da pesquisa

Para execução da pesquisa, traçou-se um percurso metodológico que se encontra dividido em quatro fases, a saber: Fase 1: Definição do cenário; Fase 2: Caracterização dos participantes; Fase 3: Coleta de dados e Fase 4: Análise de dados, conforme indicado na Figura 1.

FIGURA 1 – Percurso metodológico de execução da pesquisa

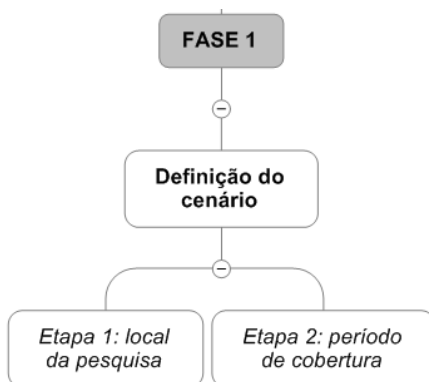


FONTE: elaborada pela autora.

1.6.1 Fase 1: definição do cenário

A Fase 1, de definição do cenário, foi composta por duas etapas, de modo que esta seção apresenta as ações realizadas para a Etapa 1, definição do local da pesquisa, e para a Etapa 2, determinação do período de cobertura do estudo, conforme indicado na Figura 2.

FIGURA 2 – Definição do cenário da pesquisa



FONTE: elaborada pela autora.

1.6.1.1 Etapa 1: local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Estado de Minas Gerais (MG), situado na região sudeste do Brasil, com área territorial de 582.521.121 km² dividida entre 853 municípios, sendo 78% dos municípios com menos de 20 mil habitantes. A população estimada para 2019 foi de 21.168.791 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

A escolha do estado de MG se deu por ser este o campo de atuação de trabalho da proponente do estudo. Além disso, este é o segundo Estado mais populoso do país e da região sudeste, com densidade demográfica de 33,4 hab/km², população feminina de 50,8%, população urbana de 85,29% e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,731. As dimensões que contribuem para o IDH alto são os índices de Longevidade (0,838), Renda (0,730) e Educação (0,638) (O ÍNDICE ..., 2013; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

O processo de envelhecimento da população vem aumentando. Em 1991, a taxa de envelhecimento era de 4,97, e, em 2010, passou para 8,12. A esperança de vida ao

nascer aumentou, saindo de 66,4 anos, em 1991, para 75,3 anos, em 2010 (O ÍNDICE..., 2013).

Administrativamente, na área da saúde, os municípios deste Estado estão alocados em 89 microrregiões e 14 macrorregiões, distribuídas em 28 Unidades Regionais de Saúde (URS) (MINAS GERAIS, 2019d). Assim, o Estado de MG tornou-se lócus deste estudo pela sua relevância e por ser área de trabalho da discente.

1.6.1.2 Etapa 2: período de cobertura

Delimitou-se o início da análise em 2011, tendo em vista a publicação da diretriz do Ministério da Saúde (MS), descrita na Portaria GM/MS n. 104/2011 (BRASIL, 2011a), a partir da qual a violência passa a integrar a lista nacional de notificação compulsória, tornando sua notificação obrigatória em todo o território brasileiro. Nesse contexto, a notificação de violência contra as mulheres se tornou universal nessa ocasião e, conseqüentemente, esse tipo de registro se expandiu para todo o território nacional. Anteriormente, esses casos só eram notificados pelos profissionais dos serviços da área de saúde quando considerados referências (sentinelas).

Por outro lado, determinou-se o corte do período até o ano de 2018, considerando que a partir desse ano, teria uma pequena probabilidade de acréscimo de notificações de violência interpessoal/autoprovocada no SINAN, não interferindo de maneira substancial no resultado. Dessa forma, o estudo utilizou-se da base de dados de notificação de violência interpessoal/autoprovocada contra mulheres provenientes do SINAN no período de 2011 a 2018.

1.6.2 Fase 2: caracterização dos participantes

A Fase 2, de caracterização dos participantes, foi composta por apenas uma etapa, de modo que esta seção apresenta as ações realizadas para tal Etapa Única, referente à definição do perfil da população, conforme indicado na Figura 3.

FIGURA 3 – Caracterização dos participantes da pesquisa



FONTE: elaborada pela autora.

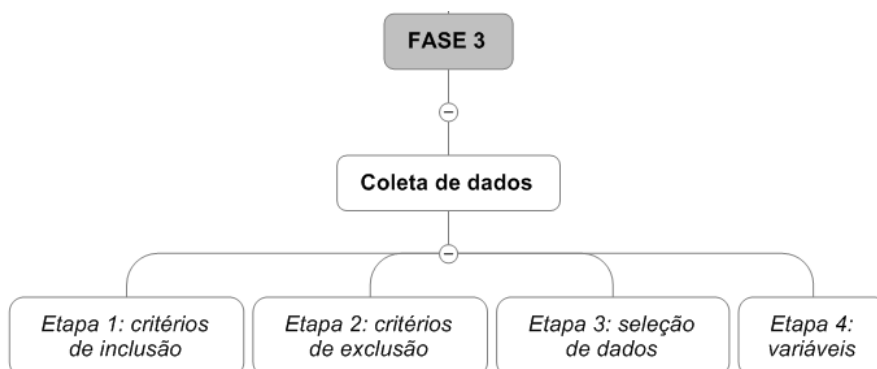
1.6.2.1 Etapa única: perfil da população

O estudo envolve as notificações contra as mulheres em função do campo de pesquisa da orientadora deste trabalho e pelas suas possibilidades de exequibilidade. Assim, nota-se que as notificações de violências contra mulheres englobaram todas as faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes do gênero feminino residentes em Minas Gerais.

1.6.3 Fase 3: coleta de dados

A Fase 3, de coleta de dados, foi composta por quatro etapas, de modo que esta seção apresenta as ações realizadas na Etapa 1, definição dos critérios de inclusão; Etapa 2, definição dos critérios de exclusão; Etapa 3, definição dos procedimentos de seleção de dados; e Etapa 4, definição das variáveis norteadoras do estudo, conforme indicado na Figura 4.

FIGURA 4 – Coleta de dados



FONTE: elaborada pela autora.

1.6.3.1 Etapa 1: critérios de inclusão

Para o estudo, incluíram-se todas as fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovoçadas contra mulheres inseridas no SINAN, em todas as faixas etárias, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2018, e residentes em Minas Gerais. Os dados foram disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), por meio do SINAN, versão 5.0/Patch 5.3, sem identificação individual das informações, datados até 22 de abril de 2020.

1.6.3.2 Etapa 2: critérios de exclusão

Em função de o estudo abranger as notificações contra mulheres em Minas Gerais, no período de 2011 a 2018, utilizaram-se como critério de exclusão todas as fichas de notificação de violência contra mulheres não residentes em Minas Gerais e fora do período de abrangência da pesquisa. Além disso, foram excluídas todas as notificações de violência cujo sexo feminino não estivesse assinalado.

No momento da tabulação dos dados, os critérios de exclusão foram informados à Referência Técnica de Vigilância das Violências da Secretaria de Estado de Saúde/MG, a fim de obter apenas os dados necessários para a pesquisa.

1.6.3.3 Etapa 3: procedimentos de seleção de dados

Os dados foram solicitados à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por meio de Carta de Anuência, em 19 de março de 2020. Após sua liberação, foram exportados do banco de dados SINAN, versão 5.0/Patch 5.3, em 22 de abril de 2020, pela Referência Técnica da Vigilância das Violências da SES/MG, por meio do tabulador TABWIN e, posteriormente, foram transportados para planilha em Excel. Desse modo, foram selecionadas todas as fichas de notificação de violência contra mulheres residentes em Minas Gerais, no período de 2011 a 2018, totalizando 206.125 fichas.

Primeiramente, os dados foram extraídos para o Estado de MG e, posteriormente, por macrorregião de saúde, totalizando 14 macrorregiões (Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Sul, Vale do Aço e Triângulo Norte).

Posteriormente, para cálculo da taxa de homicídio, a pesquisadora extraiu os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano a ano, para o período de 2011 a 2018, em 21 de junho de 2020. Os dados encontram-se disponibilizados no Portal de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde/Minas Gerais, por meio do Tabulador de Informações de Saúde (TABNET) (MINAS GERAIS, 2017a). Nas seleções disponíveis do tabulador, utilizou-se o Grande Grupo CID 10, X85-Y09 correspondente à mortalidade por agressões em Minas Gerais, por macrorregião de saúde (Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Sul, Vale do Aço e Triângulo Norte), de homens e mulheres. Utilizou-se a população geral e feminina estimada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017) para cálculo das taxas de homicídio e notificação de violência contra as mulheres, respectivamente.

1.6.3.4 Etapa 4: variáveis norteadoras do estudo

A pesquisa em questão envolveu 37 variáveis para análise da completude, selecionadas de um total de 79 variáveis comuns contidas na “Ficha de Notificação Individual – 2008” (ANEXO A) e a “Ficha de Notificação Individual – 2015” (ANEXO B). A apresentação das variáveis seguiu a numeração original apresentada em tal documento, conforme relação apresentada no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Variáveis do estudo

Blocos	Variáveis	Classificação da Variável
B1 – Dados gerais	V1. Tipo de Notificação	(O)
	V2. Agravo / Doença	(C)
	V3. Data de Notificação	(C)
	V4. UF	(O)
	V5. Município da Unidade Notificadora	(C)
	V9. Data da Ocorrência da Violência	(O)
B2 – Notificação individual	V11. Data de Nascimento	(O)
	V12. Idade	(O)
	V13. Sexo	(O)
	V14. Gestante	(O)
	V15. Raça / Cor	(E)
	V16. Escolaridade	(E)
B3 – Dados de residência	V19. UF	(O)
	V20. Município de Residência	(O)
	V31. Zona	(E)
	V32. País (se reside fora do Brasil)	(O)
B4 – Dados da pessoa atendida	V34. Ocupação	(S)
	V35. Situação conjugal / Estado Civil	(E)
	V38. Possui algum tipo de deficiência / transtorno?	(E)
	V39. Qual tipo de deficiência / Transtorno?	(E)
B5 – Dados da ocorrência	V40. UF	(O)
	V41. Município de ocorrência	(O)
	V50. Zona	(E)
	V52. Local da ocorrência	(O)
	V53. Ocorreu outras vezes?	(E)
	V54. A lesão foi autoprovocada?	(E)
B6 – Violência	V56. Tipo de violência	(O)
	V57. Meio de agressão	(E)
B7 – Violência sexual	V58. Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	(E)
	V59. Procedimento realizado	(E)
B8 – Dados do provável autor da violência	V60. Número de envolvidos	(S)
	V61. Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	(O)
	V62. Sexo do provável autor da violência	(O)
	V63. Suspeita de uso de álcool	(S)
B9 – Encaminhamento	<i>Não se aplica</i>	<i>Não se aplica</i>
B10 – Dados finais	V66. Violência relacionada ao trabalho	(E)
	V67. Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)?	(O)
	V69. Data de encerramento	(O)

FONTE: elaborado pela autora.

LEGENDA: Obrigatório (O)
 Chave (C)
 Essencial (E)
 Sem classificação (S)

Conforme as orientações do Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, as classificações das variáveis da ficha se resumem em obrigatório, essencial e chave. O campo obrigatório é constituído de variáveis cuja ausência de preenchimento impede a inserção da ficha no SINAN; o campo essencial possibilita investigar o caso e calcular indicadores epidemiológicos e o campo chave é responsável por identificar o registro no sistema (BRASIL, 2015b).

Para análise da consistência, foram selecionados pares de variáveis correlacionados entre si, a partir das variáveis contempladas na análise de completude e das orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), segundo o Manual da “Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal/autoprovocada”, conforme QUADRO 2, apresentado a seguir.

QUADRO 2 – Variáveis combinadas para análise da consistência

N.º	Variáveis Combinadas (VC)
VC - 1	Data de ocorrência x Data de notificação
VC - 2	Data de ocorrência x Data de nascimento
VC - 3	Data de nascimento x Data de notificação
VC - 4	Idade (igual ou menor do que 10 anos) x Estudo
VC - 5	Idade de 10 a 49 anos (mulher em idade fértil) x Gestante
VC - 6	Idade (maior de 16 anos) x Situação conjugal/estado civil
VC - 7	Idade x Ocupação
VC - 8	Idade x Escolaridade
VC - 9	Tipo de deficiência/transtorno: (assinalado não) x Qual tipo de deficiência/transtorno
VC - 10	Tipo de deficiência/transtorno: (assinalado sim) x Qual tipo de deficiência/transtorno
VC - 11	Violência sexual x Tipo de violência sexual
VC - 12	Tipo de violência sexual (pornografia infantil) x Idade
VC - 13	Tipo de violência física x Meio de agressão
VC - 14	Tipo de violência (não) x Meio de agressão (enforcamento)
VC - 15	Tipo de violência física x Lesão autoprovocada
VC - 16	Tipo de violência física (não) x Meio de agressão (objeto cortante)
VC - 17	Tipo de violência física (não) x Meio de agressão (arma de fogo)
VC - 18	Lesão autoprovocada x Vínculo de parentesco com a pessoa atendida
VC - 19	Lesão autoprovocada x Idade
VC - 20	Lesão autoprovocada x Meio de agressão
VC - 21	Lesão autoprovocada x Sexo do autor
VC - 22	Lesão autoprovocada x Número de envolvidos
VC - 23	Tipo de violência x Idade
VC - 24	Sexo autor agressão (masculino) x Vínculo com a pessoa agredida
VC - 25	Qual tipo de violência sexual (estupro) x Procedimento realizado

VC - 26	Agressor: vínculo grau de parentesco com a pessoa atendida (desconhecido)
VC - 27	Violência relacionada ao trabalho x Idade
VC - 28	Violência relacionada ao trabalho (não) x Emissão de CAT

FONTE: elaborado pela autora.

Salienta-se que, neste estudo, trabalhou-se com dois tipos de fichas de notificação de violência, em função da alteração realizada pelo Ministério da Saúde em 2015. Como a pesquisa abrangeu dados desde 2011, utilizaram-se as fichas de notificação de violência implantadas em 2008 (71 variáveis) e em 2015 (69 variáveis), conforme “Ficha de Notificação Individual – 2008” (ANEXO A) e “Ficha de Notificação Individual – 2015” (ANEXO B). Para realizar a análise mais uniforme dos dados, e que também cobrisse o período proposto neste estudo, foi necessário incluir apenas variáveis que contemplassem as duas fichas de notificação. Do total de 79 variáveis, excluíram-se 18, por não contemplarem as duas fichas de notificação, totalizando 61 variáveis válidas.

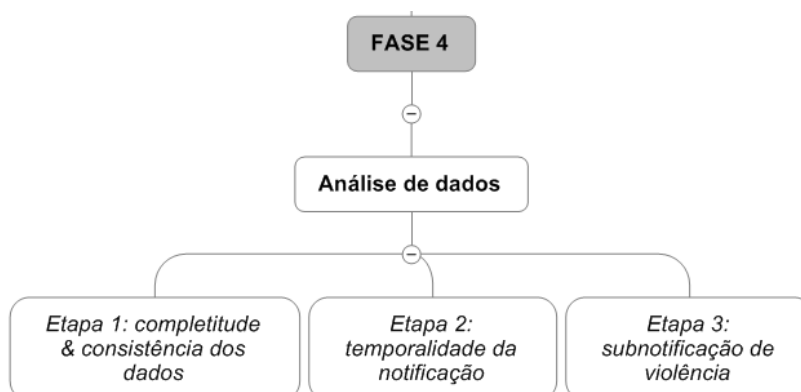
Contudo, após análise das variáveis comuns em ambas as fichas (61 variáveis), foi preciso excluir variáveis de identificação individual da mulher e do agressor (22 variáveis), para preservação da identidade deles, e variáveis que apresentaram erro no momento da análise dos dados (2 variáveis), totalizando 24 variáveis. Assim, ao todo, 42 variáveis (18 variáveis excluídas por não contemplarem as duas fichas e mais 24 variáveis excluídas por serem dados sensíveis e por terem apresentado erro) não fizeram parte do estudo, a saber: ‘se óbito por violência’; ‘data’; ‘evolução do caso’; ‘classificação final’; ‘encaminhamento da pessoa atendida para outros setores’; ‘encaminhamento no setor saúde’; ‘encaminhamento’; ‘ciclo de vida do provável autor da violência’; ‘parte do corpo atingida’; ‘natureza da lesão’; ‘consequência da ocorrência detectada no momento da notificação’; ‘se ocorreu penetração, qual o tipo?’; ‘essa violência foi motivada por’; ‘identidade de gênero’; ‘orientação sexual’; ‘relações sexuais’; ‘nome social’; ‘nome da unidade notificadora’; ‘unidade notificadora’; ‘ponto de referência’; ‘geo campo 1’; ‘geo campo 2’; ‘complemento’; ‘número’; ‘logradouro’; ‘bairro’; ‘distrito’; ‘ponto de referência’; ‘cep’; ‘geo campo 3’; ‘geo campo 4’; ‘complemento’; ‘número’; ‘logradouro’; ‘bairro’; ‘distrito’; ‘nome da mãe’; ‘número do cartão SUS’; ‘nome do paciente’; ‘unidade de saúde’; ‘procedimento realizado’ e ‘hora da ocorrência’.

Para análise da subnotificação de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por macrorregião de saúde, foram utilizadas variáveis dependentes (taxa de notificação de violência contra mulheres no SINAN) e independentes (taxa de homicídio).

1.6.4 Fase 4: análise de dados

A Fase 4, de análise de dados, foi composta por três etapas, de modo que esta seção apresenta as ações realizadas durante a análise dos dados coletados na pesquisa, que considerou: para a Etapa 1, os procedimentos analíticos referentes à completitude e a consistência dos dados; para a Etapa 2, os procedimentos analíticos referentes à temporalidade entre a data de notificação do caso e a data de ocorrência e, para a Etapa 3, os procedimentos analíticos referentes à subnotificação de violência, conforme indicado na Figura 5.

FIGURA 5 – Análise de dados



FONTE: elaborada pela autora.

1.6.4.1 Etapa 1: procedimentos analíticos referentes à completitude e à consistência dos dados

Os campos selecionados para análise da completitude e da consistência se justificam por não serem de identificação individual, pela importância de favorecerem análise epidemiológica de indicadores e serem importantes na análise da violência contra mulheres.

A) Completitude

Para análise do grau de completitude das variáveis, considerou-se variável com preenchimento completo quando não houve registro de informações classificadas como 'ignorada' ou 'em branco', avaliando, assim, 37 variáveis. Calculou-se a proporção de variáveis preenchidas (o que exclui as variáveis preenchidas com a opção 'ignorado' ou não preenchida – 'em branco'), isto é, número total de variáveis preenchidas dividido pelo total de variáveis avaliadas na ficha.

Utilizou-se o escore de Romero e Cunha (2007) para classificar as variáveis em cinco categorias: excelente (se o preenchimento for maior ou igual a 95%), bom (de 90 a 94,9%), regular (de 70 a 89,9%), ruim (de 50 a 69,9%) e muito ruim (abaixo de 50%).

Elaborou-se um indicador de completitude para avaliar a completitude das variáveis das fichas de notificação. As fichas foram numeradas de acordo com o quantitativo de fichas notificadas de violência contra as mulheres no período analisado (2011 a 2018). Cada ficha obteve avaliação das variáveis em 'preenchimento completo' (diferente de 'ignorado' ou em 'branco') ou 'preenchimento incompleto' (igual a 'ignorado' ou em 'branco'). Recebeu o valor 1 (um) a variável que apresentou o preenchimento completo, somando assim o total de preenchimento completo de cada ficha de notificação. Recebeu o valor 0 (zero) a variável de cada ficha de notificação que apresentou preenchimento incompleto. Após o somatório de campos completos e incompletos das fichas, calculou-se a proporção de preenchimento de campo completo de cada ficha de notificação.

Elaborou-se uma série histórica com medidas descritivas (média e desvio padrão) ao longo dos anos de 2011 a 2018, para avaliar o desempenho do indicador de completitude no Estado e por macrorregião de saúde. A análise do indicador de completitude das fichas de notificação abrangeu o Estado de MG e as 14 macrorregiões de saúde, e a análise da completitude de cada variável restringiu-se ao Estado.

B) Consistência

A análise de consistência objetivou identificar dados incorretos na ficha de notificação, por meio de avaliação de combinações entre as variáveis baseadas nas orientações do 'Roteiro para uso do SINAN, Análise da Qualidade da Base de Dados e Cálculo de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais' (BRASIL, 2010b). Assim, a identificação de inconsistência foi conduzida a partir da verificação dos dados envolvendo os seguintes pares de variáveis, relacionados no QUADRO 3.

QUADRO 3 – Relação de variáveis e respectivas inconsistências analisadas

N.º	Variáveis combinadas (VC)	Inconsistência
VC - 1	Data de ocorrência x Data de notificação	Data de ocorrência ser maior do que a data de notificação.
VC - 2	Data de ocorrência x Data de nascimento	Data de ocorrência ser menor ou igual à data de nascimento.
VC - 3	Data de nascimento x Data de notificação	Data de nascimento ser maior ou igual à data de notificação.
VC - 4	Idade (igual ou menor que 10 anos) x Estudo	Possuir 5 ou mais anos de estudo.
VC - 5	Idade de 10 a 49 anos (mulher em idade fértil) x Gestante	Campo gestante como ignorado ou não se aplica.
VC - 6	Idade (maior de 16 anos) x Situação conjugal/estado civil	Situação conjugal ignorada ou não se aplica.
VC - 7	Idade x Ocupação	Menores de 14 anos com registro de ocupação
VC - 8	Idade x Escolaridade	Menor ou igual a 18 anos com educação superior completa.
VC - 9	Tipo de deficiência/transtorno: (assinalado não) x Qual tipo de deficiência/transtorno	Algum campo do 'qual tipo de deficiência/transtorno' assinalado como sim.
VC - 10	Tipo de deficiência/transtorno: (assinalado sim) x Qual tipo de deficiência/transtorno	Algum campo do 'qual tipo de deficiência/transtorno' assinalado como não.
VC - 11	Violência sexual x Tipo de violência sexual	Tipo de violência sexual assinalado como ignorado.
VC - 12	Tipo de violência sexual (pornografia infantil) x Idade	A idade ser maior do que 19 anos.
VC - 13	Tipo de violência física x Meio de agressão	Não assinalar no meio de agressão 'força corporal/spancamento'.
VC - 14	Tipo de violência (Física) x Meio de agressão	Violência física não registra e meio de agressão assinalado como enforcamento.
VC - 15	Tipo de violência física x Lesão autoprovocada	Não assinalados a violência física e o registro das lesões.
VC - 16	Tipo de violência física x Meio de agressão	O meio de agressão utilizado foi uso de objeto cortante, mas não assinalou a violência física.
VC - 17	Tipo de violência física x Meio de agressão	Não classificado como violência física e registrado como meio de agressão arma de

		fogo.
VC - 18	Lesão autoprovocada x Vínculo de parentesco com a pessoa atendida	Vínculo com a pessoa atendida ser diferente da própria pessoa.
VC - 19	Lesão autoprovocada x Idade	Lesão autoprovocada em crianças de até 1 ano.
VC - 20	Lesão autoprovocada x Meio de agressão	Meio de agressão assinalado como ameaça.
VC - 21	Lesão autoprovocada x Sexo do autor	Sexo da vítima ser diferente do sexo do autor.
VC - 22	Lesão autoprovocada x Número de envolvidos	Número de envolvidos ser diferente de 1(um).
VC - 23	Tipo de violência x Idade	Tipo de violência ser trabalho infantil e a vítima possuir idade igual ou superior a 18 anos.
VC - 24	Sexo autor agressão (masculino) x Vínculo com a pessoa agredida	Vínculo (mãe ou madrasta).
VC - 25	Qual tipo de violência sexual (estupro) x Procedimento realizado	Procedimento realizado assinalado como não se aplica e ignorado.
VC - 26	Agressor: vínculo grau de parentesco com a pessoa atendida (desconhecido)	Vínculo grau parentesco (sim para qualquer outro vínculo).
VC - 27	Violência relacionada ao trabalho x Idade	Pessoas menores de 14 anos e não assinalado trabalho infantil.
VC - 28	Violência relacionada ao trabalho (não) x Emissão de CAT	Emissão de CAT assinalado como 'sim'.

FONTE: elaborado pela autora.

As variáveis foram avaliadas a partir do escore utilizado por Abath *et al.* (2014) e Souza *et al.* (2010), que classifica como excelentes resultados iguais ou superiores a 90,0%; regular, de 70,0 a 89,0%, e baixa, quando os resultados são inferiores a 70,0%. Cabe destacar que a medida calculada foi a proporção de variáveis relacionadas de forma coerente (variáveis combinadas) em cada ficha de notificação individual, isto é, número total de variáveis preenchidas de forma coerente dividido pelo total de variáveis avaliadas na ficha.

1.6.4.2 Etapa 2: procedimentos analíticos referentes à temporalidade entre a data de notificação do caso e a data de ocorrência

O tempo transcorrido entre a notificação do caso e a data de ocorrência da violência foi calculado pela diferença, em dias, entre as datas de notificação e de ocorrência da violência para cada ficha de notificação. Optou-se por trabalhar com faixa de tempo transcorrido entre a data de notificação e a data da ocorrência da violência para o Estado de MG e as 14 macrorregiões de saúde, em função da ocorrência de notificação durante o ano todo.

Realizou-se o cálculo de medidas descritivas (média e desvio padrão) para verificação da média de variáveis com completude preenchidas conforme o tempo transcorrido entre a notificação de violência e a data de ocorrência do agravo, em Minas Gerais.

1.6.4.3 Etapa 3: procedimentos analíticos referentes à subnotificação de violência

Para verificar a subnotificação de violência nas macrorregiões de saúde do Estado, calcularam-se a taxa de homicídio e a taxa de notificação da violência, por 100.000 habitantes, a partir dos dados extraídos da base de dados do SINAN e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, disponibilizados no portal da vigilância em saúde do Estado de Minas Gerais.

Para o cálculo da taxa de homicídio, considerou-se no numerador a média dos óbitos por agressão (grupo CID 10: X85-Y09) no período de 2011-2018, de todas as faixas etárias e sexo, por 100.000 habitantes, na população residente em cada macrorregião de saúde.

A taxa de notificação de violência contra mulheres correspondeu no numerador à média das notificações de violência contra mulheres no período de 2011-2018, por 100.000 mulheres, na população residente em cada macrorregião de saúde.

Para avaliar a relação entre duas variáveis de interesse, realizou-se a análise de correlação de Pearson para o período de 2011 a 2018, por macrorregião de saúde. Considerou-se como correlação relevante somente valores de r iguais ou superiores a 0,90 ($r \geq 0,90$) e valores de R^2 (Coeficiente de Determinação) maiores ou iguais a 0,80 ($R^2 \geq 0,80$), em função do tamanho da amostra:

- a) $r > 0$ – indica relação direta/positiva, ou seja, um aumento em X é acompanhado por um aumento em Y;
- b) $r < 0$ – indica relação indireta/negativa, ou seja, um aumento em X é acompanhado por um decréscimo em Y.

Um alto valor de r (negativo ou positivo) – próximo de +1 ou -1 – indica uma forte relação, enquanto um valor próximo de zero mostra uma relação fraca ou nula.

O Coeficiente de Determinação (R^2) é a proporção da variabilidade presente nas observações da variável resposta y que é explicada pelas variáveis preditoras/regressoras/independentes no modelo de regressão ajustado aos dados, ou seja, o valor de R^2 é a correlação ao quadrado entre os valores reais e os valores previstos pelo modelo. Ressalta-se que, quanto mais próximo de 100% for a medida de R^2 , melhor e mais preciso será o modelo ajustado.

Realizou-se a análise descritiva dos resultados e utilizou-se o *software* estatístico SPSS 20.0 for Windows para cálculo das variáveis e indicadores, bem como a elaboração de gráficos e planilhas.

1.7 Limitações do estudo

A análise da duplicidade não foi realizada, em função do não acesso ao banco nominal pela pesquisadora, apresentando, assim, um limitador para a pesquisa, tendo em vista que registros duplicados podem comprometer o resultado final de indicadores calculados a partir do banco de dados.

Além disso, ocorreu alteração da ficha de notificação pelo Ministério da Saúde no ano de 2015, excluindo ou incluindo novas variáveis de preenchimento, o que dificultou a utilização de número maior de variáveis para análise. Houve necessidade de uniformizar as informações que contemplassem as duas fichas, havendo, assim, exclusão de 42 variáveis para pesquisa, conforme explicitado na Fase 3, etapa 4.

1.8 Questões éticas

Por se tratar de dados envolvendo seres humanos e, também, por não serem todos esses dados de domínio público, o estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Instituto René Rachou (IRR), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), obtendo-se parecer favorável à execução no dia 02 de abril de 2020, mediante o Parecer de número: 3.950.289.

Salienta-se que esta pesquisa buscou seguir os preceitos éticos, a partir de um delineamento de estudo que utilizou análise estatística para melhor resultado do

agravo estudado. Buscou-se descrever, objetivamente, o método utilizado, a questão da pesquisa e as respostas referentes às questões levantadas.

RESULTADOS

O capítulo 5 tem por finalidade apresentar os resultados obtidos por meio da execução da quarta e última fase do percurso metodológico da pesquisa, correspondente à Análise de Dados. A organização das seções levou em consideração a ordem das ações executadas nas três etapas previstas na composição da referida fase do estudo. Assim, encontra-se dividido em três seções: seção 5.1, “Completitude e Consistência dos Dados”; seção 5.2, “Temporalidade da Notificação” e seção 5.3, “Subnotificação de Violência”, em concordância com o percurso demonstrado no capítulo anterior.

1.9 Completitude e consistência dos dados

A seção 5.1 apresenta os resultados obtidos na primeira etapa da fase de Análise de Dados, referente à ‘Completitude e Consistência dos Dados’. Inicialmente, será apresentada a evolução de casos notificados de violência contra as mulheres em Minas Gerais, por meio de gráfico e, posteriormente, os dados serão demonstrados de forma tabular, passando pelos seguintes pontos: 1) percentual e grau de completitude das variáveis e o desempenho delas, conforme os Blocos das Fichas de Notificação no Estado de Minas Gerais/MG e 2) análise da consistência dos pares de variáveis em MG.

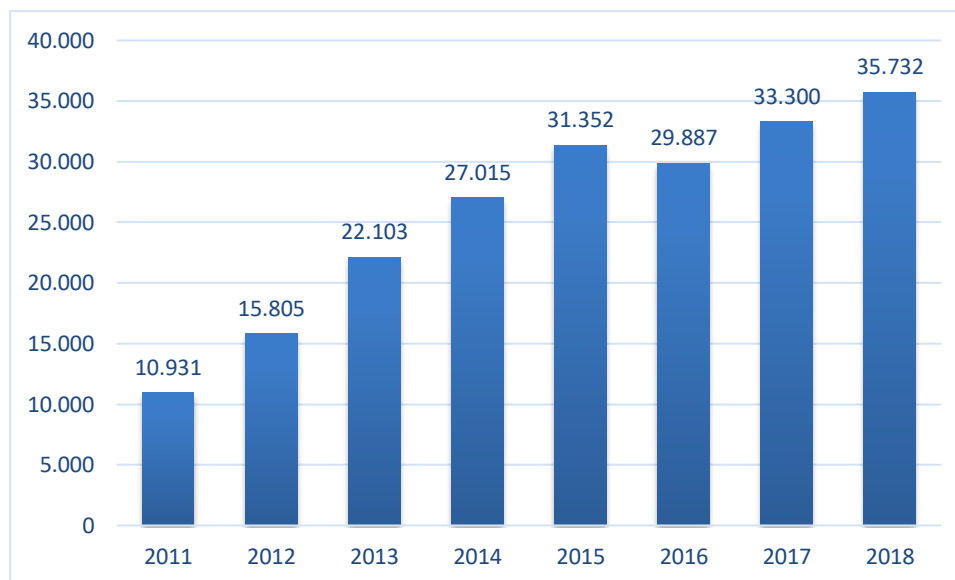
Posteriormente, apresentam-se os dados do grau de completitude por ficha de notificação, por meio do indicador de completitude, em Minas Gerais e por macrorregião de saúde. Logo após, a análise é destacada por meio das medidas descritivas do percentual da quantidade de variáveis preenchidas completamente em cada Ficha de Notificação, no decorrer dos anos de 2011 a 2018, em MG e por macrorregião de saúde.

1.9.1 Completitude das variáveis e consistência dos pares de variáveis em MG

No período analisado da pesquisa (2011 a 2018), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 206.125 casos de violência contra as mulheres no estado de Minas Gerais, englobando todos os ciclos de vida. Verificou-se que, no decorrer dos anos, houve aumento de casos notificados no SINAN,

passando de 10.931 casos em 2011 para 35.732 casos em 2018, conforme demonstrado no GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 – Número de notificações de violência contra as mulheres em Minas Gerais, 2011 – 2018



FONTE: elaborado pela autora.

Como mencionado no capítulo de Metodologia, inicialmente, as 37 variáveis referentes à completude das fichas de notificação foram organizadas em dez blocos, dispostos, conforme numeração original, no modelo da “Ficha de Notificação Individual – 2015” (ANEXO B). Posteriormente, essas variáveis foram classificadas de acordo com a relevância determinada pelo Ministério da Saúde (MS).

Ao analisar a qualidade do preenchimento das 37 variáveis nas fichas de notificação em relação à completude, verificou-se que 18 variáveis (48,7%) apresentaram desempenho excelente, como exemplo, as sete variáveis que corresponderam 100% de completude: V1, ‘Tipo de notificação’; V2, ‘Agravado/doença’; V3, ‘Data de notificação’; V4, ‘UF’; V5, ‘Município da Unidade Notificadora’; V12, ‘Idade’ e V13, ‘Sexo’. Apresentaram desempenho bom no preenchimento cinco (13,5%) variáveis como: V31, ‘Zona’ (90,0%); V54, ‘A lesão foi autoprovocada’ (90,8%); V66, ‘Violência relacionada ao trabalho’, (90,9%); V60, ‘Número de envolvidos’, (90,6%); e V58, ‘Se ocorreu violência sexual, qual o tipo’, (92,6%). Com desempenho regular, somaram-se 11 (29,7%) variáveis, como: V63, ‘Suspeita de uso de álcool (70,8%); V53, ‘Ocorreu outras vezes’, (77,3%); e V15, ‘Raça/cor’, (87,7%).

Constatou-se que três variáveis (8,1%) apresentaram menor grau de completitude: V34, 'Ocupação' (51,5%); V16, 'Escolaridade' (65,5%) e V14, 'Gestante' (67,3%), todas sendo classificadas como ruim. Salienta-se que a variável gestante é de preenchimento obrigatório, conforme relação de variáveis do estudo indicada no QUADRO 1, disposto na seção 4.2.3.4 do capítulo 4 de Metodologia.

Observou-se que o desempenho excelente abrangeu todas as variáveis incluídas nos blocos B1, 'Dados gerais', e B3, 'Dados de residência' da ficha, dispostos no referido QUADRO 1. Destaca-se que no bloco B1 duas variáveis já dispõem de preenchimento na ficha de notificação: V1, 'Tipo de Notificação', e V2, 'Agravado/doença'. Dessa forma, não é necessário o profissional que realiza a notificação fazer o preenchimento dessas variáveis.

Nos blocos B2, 'Notificação individual', B4, 'Dados da pessoa atendida', B6, 'Violência' e B8, 'Dados do provável autor da violência', concentraram as variáveis com desempenho ruim e regular, ao mesmo tempo. Esses blocos são os que abrangem a maioria das variáveis essenciais para a análise do caso e o cálculo de indicadores epidemiológicos, interferindo, assim, na produção de informações para a ação, como objetivo último da vigilância, e para subsidiar e aprimorar políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres (TABELA 1).

TABELA 1

Número e percentual de variáveis preenchidas na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada e o grau de completitude das variáveis em Minas Gerais, 2011-2018

Bloco / Variável	Completitude		Grau de Completitude
	N = 206.125	%	
B1 - DADOS GERAIS			
V1. Tipo de Notificação	206.125	100	Excelente
V2. Agravado / Doença	206.125	100	Excelente
V3. Data de Notificação	206.125	100	Excelente
V4. UF	206.125	100	Excelente
V5. Município da Unidade Notificadora	206.125	100	Excelente
V9. Data da Ocorrência da Violência	202.998	98,5	Excelente
B2 - NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL			
V11. Data de Nascimento	202.209	98,1	Excelente
V12. Idade	206.125	100	Excelente
V13. Sexo	206.125	100	Excelente

V14. Gestante	138.738	67,3	Ruim
V15. Raça / Cor	180.784	87,7	Regular
V16. Escolaridade	135.124	65,5	Ruim
B3 - DADOS DE RESIDÊNCIA			
V19. UF	206.092	99,98	Excelente
V20. Município de Residência	206.092	99,98	Excelente
V31. Zona	197.435	95,8	Excelente
V32. País (se reside fora do Brasil)	206.092	99,98	Excelente
B4 - DADOS DA PESSOA ATENDIDA			
V34. Ocupação	106.154	51,5	Ruim
V35. Situação conjugal / Estado Civil	177.216	86	Regular
V38. Possui algum tipo de deficiência / transtorno?	172.580	83,7	Regular
V39. Qual tipo de deficiência / transtorno?	197.328	95,7	Excelente
B5 - DADOS DA OCORRÊNCIA			
V40. UF	197.690	95,9	Excelente
V41. Município de ocorrência	195.836	95	Excelente
V50. Zona	185.437	90	Bom
V52. Local da ocorrência	183.499	89	Regular
V53. Ocorreu outras vezes?	159.252	77,3	Regular
V54. A lesão foi autoprovocada?	187.082	90,8	Bom
B6 – VIOLÊNCIA			
V56. Tipo de violência	184.423	89,5	Regular
V57. Meio de agressão	177.195	86	Regular
B7 - VIOLÊNCIA SEXUAL			
V58. Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	190.837	92,6	Bom
V59. Procedimento realizado	173.316	84,1	Regular
B8 - DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA			
V60. Número de envolvidos	186.719	90,6	Bom
V61. Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	175.709	85,2	Regular
V62. Sexo do provável autor da violência	184.817	89,7	Regular
V63. Suspeita de uso de álcool	145.920	70,8	Regular
B9 – ENCAMINHAMENTO			
B10 - DADOS FINAIS			
V66. Violência relacionada ao trabalho	187.346	90,9	Bom
V67. Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)?	197.513	95,8	Excelente
V69. Data de encerramento	202.823	98,4	Excelente

FONTE: elaborada pela autora.

Destacou-se a não ocorrência de variável classificada como muito ruim em relação à completitude, de acordo com o escore de Romero e Cunha (2007).

Em relação à consistência dos dados, ao analisar o preenchimento das variáveis a partir de 28 pares de variáveis combinadas, cinco pares (17,9%) não apresentaram inconsistência, a saber: VC1, 'Data de ocorrência x Data de notificação'; VC3, 'Data de nascimento x Data de notificação'; VC8, 'Idade x Escolaridade'; VC12, 'Tipo de violência sexual (pornografia infantil) x Idade' e VC23, 'Tipo de violência x Idade'. Assim, constataram-se que os demais 23 pares (82,1%) apresentaram inconsistência, conforme demonstrado na Tabela 2.

TABELA 2

Número e percentual de inconsistência das variáveis combinadas da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada e o grau de consistência, Minas Gerais, 2011-2018

N.º	Variáveis combinadas	Inconsistência	N total (206.125)	% de Inconsistência	% de Consistência	Grau de Consistência
VC-1	Data de ocorrência x Data de notificação	Data de ocorrência ser maior do que a data de notificação	0	0,0	100	Excelente
VC-2	Data de ocorrência x Data de nascimento	Data de ocorrência ser menor ou igual à data de nascimento	3.066	1,5	98,5	Excelente
VC-3	Data de nascimento x Data de notificação	Data de nascimento ser maior ou igual à data de notificação	1	0,0	100	Excelente
VC-4	Idade (igual ou menor que 10 anos) x Estudo	Possuir 5 ou mais anos de estudo	1.069	0,5	99,5	Excelente
VC-5	Idade de 10 a 49 anos (mulher em idade fértil) x Gestante	Campo gestante como ignorado ou não se aplica	46.108	22,4	77,6	Regular
VC-6	Idade (maior de 16 anos) x Situação conjugal/estado civil	Situação conjugal ignorada ou não se aplica	22.332	10,8	89,2	Regular
VC-7	Idade x Ocupação	Menores de 14 anos com registro de ocupação	10.460	5,1	94,9	Excelente
VC-8	Idade x Escolaridade	Menor ou igual a 18 anos com educação superior completa	0	0,0	100	Excelente
VC-9	Tipo de deficiência/transtorno: (assinalado não) x Qual tipo de deficiência/transtorno	Algum campo do 'qual tipo de deficiência/transtorno' assinalado como sim	6.066	2,9	97,1	Excelente
VC-10	Tipo de deficiência/transtorno: (assinalado sim) x Qual tipo de deficiência/transtorno	Algum campo do 'qual tipo de deficiência/transtorno' assinalado como não	184	0,1	99,9	Excelente
VC-11	Violência sexual x Tipo de violência sexual	Tipo de violência sexual assinalado como ignorado	2.865	1,4	98,6	Excelente
VC-12	Tipo de violência sexual (pornografia infantil) x Idade	A idade ser maior do que 19 anos	34	0,0	100	Excelente

VC-13	Tipo de violência física x Meio de agressão	Não assinalar no meio de agressão 'força corporal/espancamento'	4.057	2,0	98	Excelente
VC-14	Tipo de violência (Física) x Meio de agressão	Violência física não registra e meio de agressão assinalado como enforcamento	309	0,1	99,9	Excelente
VC-15	Tipo de violência física x Lesão autoprovocada	Não assinalado a violência física e registro das lesões	17.956	8,7	91,3	Excelente
VC-16	Tipo de violência física x Meio de agressão	O meio de agressão utilizado foi uso de objeto cortante, mas não assinalou a violência física	801	0,4	99,6	Excelente
VC-17	Tipo de violência física x Meio de agressão	Não classificado como violência física e registrado como meio de agressão arma de fogo	539	0,3	99,7	Excelente
VC-18	Lesão autoprovocada x Vínculo de parentesco com a pessoa atendida	Vínculo com a pessoa atendida ser diferente da própria pessoa	8.780	4,2	95,8	Excelente
VC-19	Lesão autoprovocada x Idade	Lesão autoprovocada em crianças até 1 ano	269	0,1	99,9	Excelente
VC-20	Lesão autoprovocada x Meio de agressão	Meio de agressão assinalado como ameaça	1.115	0,5	99,5	Excelente
VC-21	Lesão autoprovocada x Sexo do autor	Sexo da vítima ser diferente do sexo do autor	8.898	4,3	95,7	Excelente
VC-22	Lesão autoprovocada x Número de envolvidos	Número de envolvidos ser diferente de 1(um)	4.800	2,3	97,7	Excelente
VC-23	Tipo de violência x Idade	Tipo de violência ser trabalho infantil e a vítima possuir idade igual ou superior a 18 anos	40	0,0	100	Excelente
VC-24	Sexo autor agressão (masculino) x Vínculo com a pessoa agredida	Vínculo (mãe ou madrasta)	825	0,4	99,6	Excelente
VC-25	Qual tipo de violência sexual (estupro) x Procedimento realizado	Procedimento realizado assinalado como não se aplica e ignorado	4.214	2,0	98,0	Excelente
VC-26	Agressor: vínculo grau de parentesco com a pessoa atendida (desconhecido)	Vínculo grau parentesco (sim para qualquer outro vínculo)	938	0,5	99,5	Excelente
VC-27	Violência relacionada ao trabalho x Idade	Pessoas menores de 14 anos e não assinalado trabalho infantil	20.644	10,0	90,0	Excelente
VC-28	Violência relacionada ao trabalho (não) x Emissão de CAT	Emissão de CAT assinalado como 'sim'	383	0,2	99,8	Excelente

FONTE: elaborada pela autora.

Verificou-se que dos 28 pares (100%) de variáveis analisados, 26 pares (92,7%) apresentaram resultados excelentes para consistência, conforme escore utilizado por Abath *et al.* (2014) e Souza *et al.* (2010).

As combinações entre as variáveis VC5, 'Idade de 10 a 49 anos e gestante', e VC6, 'Idade maior de 16 anos e situação conjugal/estado civil' apresentaram desempenho regular (consistência de 70,0% a 89,9%), totalizando apenas duas combinações (7,3%) nessa classificação. Destaca-se que não houve ocorrência de pares de variáveis com baixo desempenho, ou seja, com resultado inferior a 70,0% (TABELA 2).

1.9.2 Completitude das fichas de notificação em MG e segundo as macrorregiões de saúde

Ao analisar o grau de completitude por ficha de notificação por meio do indicador de completitude, identificou-se que apenas 19,5% (n= 40.263) das fichas apresentaram todas as variáveis analisadas (37) com grau de completitude 100%, ou seja, preenchidas adequadamente. Assim, os dados sinalizam que 79,5% das fichas de notificação obtiveram alguma variável assinalada como 'ignorada' ou em 'branco'.

Verificou-se que 20,9% (n=43.032) das fichas apresentaram apenas uma variável incompleta, seguida de 15,6% (n=32.114) com duas variáveis incompletas e 10,3% (n=21.200) com três variáveis incompletas, totalizando, assim, 36, 35 e 34 variáveis válidas, respectivamente, tal como detalhado a seguir na Tabela 3.

TABELA 3

Total de variáveis preenchidas completamente, por ficha, por meio do Indicador de Completitude, Minas Gerais, 2011-2018

Quantidade de variáveis preenchidas completamente	Frequência			
	n.	n. acumulado	%	% acumulado
10	5	5	0,0	0
11	199	204	0,1	0,1
12	436	640	0,2	0,3
13	814	1.454	0,4	0,7
14	1.061	2.515	0,5	1,2
15	706	3.221	0,3	1,5
16	96	3.317	0,0	1,5

17	151	3.468	0,1	1,6
18	249	3.717	0,1	1,7
19	401	4.118	0,2	1,9
20	578	4.696	0,3	2,2
21	924	5.620	0,4	2,6
22	1.304	6.924	0,6	3,2
23	1755	8.679	0,9	4,1
24	1.815	10.494	0,9	5,0
25	2.449	12.943	1,2	6,2
26	2.837	15.780	1,4	7,6
27	3.326	19.106	1,6	9,2
28	4.205	23.311	2,0	11,2
29	5.093	28.404	2,5	13,7
30	6.348	34.752	3,1	16,8
31	8.317	43.069	4,0	20,8
32	11.064	54.133	5,4	26,2
33	15.383	69.516	7,5	33,7
34	21.200	90.716	10,3	44,0
35	32.114	122.830	15,6	59,6
36	43.032	165.862	20,9	80,5
37	40.263	206.125	19,5	100,0
TOTAL	206.125	-	100,0	-

FONTE: elaborada pela autora.

No período analisado (2011-2018), a média de preenchimento das variáveis por ficha de notificação, em relação à completude, aumentou no Estado, passando de 86,0% (d.p. 12,8%), em 2011, para 93,4% (d.p. 9,8%), em 2018, sinalizando aprimoramento do grau de completude das variáveis no decorrer dos anos estudados (TABELA 4).

TABELA 4

Medidas descritivas do percentual de variáveis preenchidas completamente na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, Minas Gerais, 2011-2018

Medidas descritivas	Período de avaliação							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Média	86,0	86,5	87,0	89,3	91,1	90,5	92,3	93,4
d.p.	12,8	13,6	13,5	12,2	10,9	11,7	10,8	9,8

FONTE: elaborada pela autora.

Ao analisar a completude das variáveis por ficha de notificação nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, verificou-se que nove macrorregiões de saúde

apresentaram desempenho melhor do que o estado (19,5%) em relação ao preenchimento das 37 variáveis, a saber: Centro Sul (22,4%), Jequitinhonha (24,4%), Leste Sul (21,3%), Nordeste (26,3%), Noroeste (25,7%), Norte (21,9%), Sul (31,6%), Triângulo do Sul (23,1%) e Triângulo do Norte (26,5%).

Destacam-se duas macrorregiões de saúde que apresentaram desempenho inferior a 10% de fichas com as 37 variáveis preenchidas completamente: Centro (7,8%) e Vale do Aço (7,4%) (TABELA 5).

TABELA 5

Percentual de variáveis preenchidas completamente, por ficha de notificação, avaliadas pelo Indicador de Completitude, por macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

Quantidade de variáveis	Macrorregião de Saúde														MG
	C	CS	MJ	L	LS	ND	NO	N	O	SD	S	TS	VA	TN	
10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	0,1	0,2	0,4	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
12	0,3	0,2	0,5	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2
13	0,4	0,4	0,6	0,1	0,2	1,2	0,4	0,6	0,5	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4
14	0,4	0,4	0,7	0,3	0,6	1,4	0,7	0,8	0,9	0,4	0,4	0,6	0,2	0,3	0,5
15	0,1	0,3	0,2	0,4	0,4	1,1	0,6	0,7	0,2	0,4	0,3	0,5	0,3	0,1	0,3
16	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
17	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1
18	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,5	0,0	0,1
19	0,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,8	0,0	0,2
20	0,6	0,1	0,0	1,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,1	0,5	0,0	0,3
21	0,9	0,2	0,2	3,7	0,1	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,2	0,7	0,0	0,4
22	1,8	0,5	0,2	8,0	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,2	0,2	0,2	0,8	0,0	0,9
23	1,8	0,5	0,2	8,0	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,2	0,2	0,2	0,8	0,0	0,9
24	2,0	0,6	0,2	5,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,3	0,2	0,3	1,6	0,1	0,9
25	2,7	0,7	0,6	5,4	0,1	0,2	0,7	0,6	0,6	0,4	0,5	0,4	2,6	0,4	1,2
26	3,0	1,0	0,8	6,0	0,2	0,3	0,8	0,6	0,9	0,7	0,5	0,4	3,0	0,9	1,4
27	3,4	0,9	1,2	3,3	0,4	0,4	1,4	1,0	1,5	1,1	0,6	0,6	4,0	1,3	1,6
28	4,1	1,2	1,5	2,9	0,6	0,5	1,6	1,4	2,0	1,8	0,6	0,7	6,1	1,9	2,0
29	4,7	1,4	1,6	2,7	1,0	0,9	2,2	1,8	2,9	2,4	0,8	1,3	5,8	2,4	2,5
30	5,5	2,0	1,9	2,6	1,6	1,2	2,3	2,5	4,2	3,4	1,2	2,2	5,3	2,7	3,1
31	6,7	2,5	2,9	2,4	2,7	1,8	3,0	3,6	5,1	4,8	1,8	3,4	5,5	5,1	4,0
32	8,0	3,7	4,5	3,4	7,3	2,8	4,2	4,9	4,7	6,3	3,0	5,4	5,2	5,7	5,4

33	9,4	5,7	7,1	3,9	12,4	5,5	6,1	7,1	7,0	7,8	4,9	8,0	7,8	7,7	7,5
34	10,6	8,6	10,6	5,9	15,1	8,9	9,4	10,9	10,6	11,5	8,4	11,2	11,1	10,6	10,3
35	13,0	16,3	16,4	8,8	15,9	17,4	17,6	16,5	17,8	17,5	16,9	17,5	13,7	14,2	15,6
36	12,1	30,6	23,1	13,8	19,6	29,2	21,8	22,7	22,8	22,8	26,9	22,8	14,6	19,8	20,9
37	7,8	22,4	24,4	13,4	21,3	26,3	25,7	21,9	15,9	17,5	31,6	23,1	7,4	26,5	19,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: elaborado pela autora.

NOTA: total de variáveis preenchidas e avaliadas na Ficha → 37

LEGENDA:

C → Centro	CS → Centro-Sul	MJ → Jequitinhonha
L → Leste	LS → Leste Sul	ND → Nordeste
NO → Noroeste	N → Norte	O → Oeste
SD → Sudeste	S → Sul	TS → Triângulo do Sul
VA → Vale do Aço	TN → Triângulo do Norte	

Verificou-se que, no período de 2011 a 2018, as macrorregiões de saúde apresentaram média de 80% ou mais de fichas de notificação com as 37 variáveis completas, ou seja, sem dado descrito como 'ignorado' ou 'em branco'. A macrorregião que mais destacou foi a Sul, com média igual a 94,3%; e a macrorregião Leste apresentou a menor média do período, com 80,9% (TABELA 6).

TABELA 6

Medidas descritivas do percentual de variáveis preenchidas completamente na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

Medidas descritivas	Macrorregião														MG
	C	CS	MJ	L	LS	ND	NO	N	O	SD	S	TS	VA	TN	
<i>Média</i>	85,2	92,8	92,0	80,9	92,7	92,7	92,1	91,4	90,4	91,7	94,3	92,4	85,4	92,7	90,3
<i>d.p.</i>	12,9	10,4	11,6	16,1	8,7	12,9	11,3	12,0	11,7	9,7	9,3	10,6	12,9	8,5	11,9

FONTE: elaborado pela autora.

LEGENDA: C → Centro
 L → Leste
 NO → Noroeste
 SD → Sudeste
 VA → Vale do Aço
 CS → Centro-Sul
 LS → Leste Sul
 N → Norte
 S → Sul
 TN → Triângulo do Norte
 MJ → Jequitinhonha
 ND → Nordeste
 O → Oeste
 TS → Triângulo do Sul

1.10 Temporalidade da notificação

A seção 5.2 apresenta os resultados obtidos na segunda etapa da fase de Análise de Dados, referente à 'Temporalidade da Notificação'. Esses dados são demonstrados de forma tabular e gráfica, contemplando a evolução histórica da temporalidade entre a ocorrência da violência perpetrada contra as mulheres e a data de notificação dessa violência, no período de 2011 a 2018, em Minas Gerais. Posteriormente, será apresentada a distribuição do tempo ocorrido entre a notificação de violência contra as mulheres e a notificação do caso, nas 14 macrorregiões de saúde de Minas Gerais.

Na Tabela 7, pode-se observar a evolução histórica do tempo transcorrido entre a data de notificação da violência contra as mulheres e a data de ocorrência da violência.

TABELA 7

Percentual das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovoada segundo o intervalo de tempo transcorrido entre a data de notificação e a data da ocorrência da violência, Minas Gerais, 2011-2018

Tempo Transcorrido	Anos							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mesmo dia	59,2	63,5	65,7	66,8	68,3	67,4	65,3	64,6
De 1 a 6	15,6	16,6	18,8	20,3	19,0	18,4	19,2	20,0
De 7 a 14	5,8	6,3	6,3	6,1	5,7	5,9	6,9	7,4
De 15 a 30	6,2	5,0	3,8	3,8	3,7	4,2	4,8	4,6
De 31 a 60	5,2	4,0	2,1	2,1	2,1	2,4	2,2	2,3
De 61 a 90	1,8	1,7	0,8	0,4	0,6	0,7	0,8	0,6
De 91 a 180	2,0	1,6	0,9	0,3	0,4	0,7	0,5	0,4
De 181 a 365	3,8	1,1	1,3	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1
> 365	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: elaborado pela autora.

Verificou-se no período do estudo melhora na captação de casos notificados no mesmo dia da ocorrência da violência. Em 2011, 59,2% dos casos de violência contra as mulheres foram notificados no mesmo dia da ocorrência do evento e em 2018 foram 64,6%. Destaca-se que, ao somarmos o tempo transcorrido no 'mesmo dia' com de 'um a seis dias', foram notificados 74,8% dos casos em 2011 e, em 2018, 84,6%, sinalizando melhora em relação ao tempo de notificação do agravo com a ocorrência da violência.

Analisando a relação entre a média da completitude das variáveis e o tempo transcorrido entre a notificação de violência e a ocorrência do agravo, verificou-se média de 91,0% de completitude das 37 variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, quando a notificação ocorreu no mesmo dia da violência (64,0% das fichas de notificação). Quando a notificação ocorreu entre um e seis dias, a média foi igual a 92,7% (18,6% das fichas de notificação) e para o intervalo de sete a 14 dias, foi igual a 91,5% (6,3% das fichas de notificação) (TABELA 8).

De acordo com a Tabela 8, a partir de 15 dias de ocorrência da violência e seu registro na ficha de notificação, a média de variáveis com completitude diminuiu um pouco, ficando em 89,7% no período de 15 a 30 dias, 87,4% no período de 31 a 60 dias e, acima de um ano, 88,6%.

TABELA 8

Medidas descritivas do percentual da completitude das variáveis, segundo o tempo transcorrido entre a data de notificação e a data da ocorrência da violência, Minas Gerais, 2011-2018

Tempo transcorrido	Medidas descritivas		
	n	Média (%)	d.p. (%)
Mesmo dia	133.289	91,0	10,1
De 1 a 6	38.327	92,7	8,3
De 7 a 14	12.971	91,5	9,2
De 15 a 30	8.837	89,7	10,2
De 31 a 60	5.082	87,4	11,7
De 61 a 90	1.585	86,7	11,9
De 91 a 180	1.392	86,3	11,7
De 181 a 365	1.119	88,4	8,2
> 365	215	88,6	10,2

FONTE: elaborado pela autora.

Os dados sugerem que, quando a violência perpetrada contra as mulheres é notificada no mesmo dia de ocorrência do agravo ou até 15 dias após a violência, o registro tende a uma maior completitude (média acima de 90,0%). Salienta-se que, conforme normativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), o prazo de notificação de violência segue dois parâmetros: em até 24 horas os casos de violência sexual e tentativa de suicídio e, até uma semana, a violência doméstica e outros tipos de violência.

Para análise da distribuição do tempo transcorrido entre a notificação de violência contra as mulheres e a notificação do caso, realizou-se a estratificação dos dados por macrorregião de saúde do Estado. Verificou-se que oito macrorregiões de saúde apresentaram maior desempenho de preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada no mesmo dia da ocorrência do evento, em relação ao estado de Minas Gerais (65,7%), destacando as macrorregiões com mais de 75%, a saber: Centro Sul (80,1%), Leste (79,7%), Sudeste (78,1%) e Vale do Aço (76,2%). Ressaltam-se três macrorregiões que apresentaram desempenho inferior a 60%: Noroeste (51,1%), Triângulo do Sul (49,3%) e Triângulo do Norte (46,6%).

Verificou-se que, até sete dias da ocorrência da violência, quatro macrorregiões de saúde conseguiram notificar 90,0% ou mais das notificações de violência: Centro Sul (91,0%); Leste (91,7%); Sudeste (90,1%) e Vale do Aço (91,4%). A macrorregião de saúde com desempenho menor foi a Triângulo do Norte (75,2%) (TABELA 9).

TABELA 9

Percentual das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada segundo o intervalo de tempo transcorrido entre a data da notificação e a data da ocorrência da violência e as macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

Tempo Transcorrido	Macrorregião de Saúde														MG
	C	CS	MJ	L	LS	ND	NO	N	O	SD	S	TS	VA	TN	
Mesmo dia	62,5	80,1	70,8	79,7	73,8	65,9	51,1	62,6	68,7	78,1	65,4	49,3	76,2	46,6	65,7
De 1 a 6	17,1	10,9	16,3	12,0	11,2	23,5	29,1	19,7	18,1	12,0	22,7	29,7	15,2	28,6	18,9
De 7 a 14	6,8	3,5	4,7	2,8	2,2	5,9	13,2	6,4	7,6	3,2	5,9	12,4	3,4	12,1	6,4
De 15 a 30	6,2	2,9	4,4	2,2	1,8	2,6	4,4	6,2	3,1	3,0	3,2	5,3	3,1	8,5	4,4
De 31 a 60	4,4	1,8	2,1	1,1	1,4	1,1	1,4	3,5	1,8	2,5	1,7	2,2	1,4	2,2	2,5
De 61 a 90	1,4	0,4	0,8	0,4	1,1	0,5	0,3	0,9	0,4	0,7	0,5	0,4	0,4	0,9	0,8
De 91 a 180	1,1	0,3	0,4	1,2	2,2	0,3	0,4	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	1,0	0,7
De 181 a 365	0,5	0,1	0,3	0,6	5,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,6
> 365	0,2	0,0	0,1	0,1	0,5	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: elaborado pela autora.

LEGENDA: C → Centro
 L → Leste
 NO → Noroeste
 SD → Sudeste
 VA → Vale do Aço
 CS → Centro-Sul
 LS → Leste Sul
 N → Norte
 S → Sul
 TN → Triângulo do Norte
 MJ → Jequitinhonha
 ND → Nordeste
 O → Oeste
 TS → Triângulo do Sul

1.11 Subnotificação de violência

A seção 5.3 apresenta os resultados obtidos na terceira etapa da fase de Análise de Dados, referente à 'Subnotificação de Violência'. Esses resultados serão demonstrados por meio de tabelas e gráficos. Inicialmente será apresentada a taxa de homicídio nas macrorregiões de saúde e, em seguida, os dados da taxa de notificação de violência contra mulheres nas macrorregiões de saúde. Após, apresentam-se os dados referentes à correlação entre taxa de homicídio e de notificação por macrorregião de saúde.

1.11.1 Taxas de homicídio e de notificação de violência contra mulheres por macrorregião de saúde

Verificou-se que a taxa de homicídio em Minas Gerais foi de 21,6/100.000, em 2011, e de 15,7 homicídios/100.000 habitantes, em 2018 (TABELA 10), o que representa uma redução percentual de aproximadamente 27,3%. Ressalta-se que a taxa de homicídio apresentada abrangeu todas as faixas etárias, incluindo homens e mulheres.

TABELA 10

Taxa de homicídio (por 100.000 hab.) por macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

Macrorregião	Período de avaliação							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centro	34,7	35,0	34,9	32,7	29,1	29,1	24,9	19,9
Centro Sul	7,4	6,3	8,6	10,5	9,3	10,5	10,7	8,0
Jequitinhonha	5,3	4,3	5,6	8,0	12,1	12,4	11,6	10,1
Leste	35,8	36,5	31,8	32,8	33,6	30,4	34,7	27,5
Leste do Sul	20,7	20,0	21,4	20,4	17,6	22,9	26,5	20,5
Nordeste	19,7	23,4	25,3	26,0	30,7	29,8	31,9	23,3
Noroeste	17,9	24,9	23,3	24,5	23,6	24,7	23,6	20,7
Norte	17,1	21,0	19,8	18,5	23,0	25,4	18,1	12,6
Oeste	12,8	14,3	14,9	17,2	14,9	17,5	19,5	14,3
Sudeste	11,7	14,3	17,0	18,0	17,5	18,8	19,5	12,6
Sul	8,5	8,0	7,7	8,0	8,2	7,8	7,7	6,7
Triângulo do Norte	23,9	23,3	24,6	22,8	19,7	17,2	17,8	14,3
Triângulo do Sul	13,2	15,8	12,4	21,2	20,1	18,2	15,1	12,9
Vale do Aço	24,3	26,3	25,9	25,7	25,9	25,2	18,9	17,5
Geral	21,6	22,7	22,7	22,6	21,6	21,9	20,1	15,7

FONTE: elaborado pela autora.

Observou-se que a macrorregião Leste apresentou taxas de homicídio superiores às demais macrorregiões de saúde do Estado em todo o período analisado, apesar da

redução de aproximadamente 23,2% verificada entre 2011 (35,8 homicídios/100.000 habitantes) e 2018 (27,5 homicídios/100.000 habitantes). Destacam-se, também, macrorregiões que apresentaram elevação da taxa de homicídio no período analisado, como, por exemplo, a macrorregião Jequitinhonha, cuja taxa passou de 5,3 homicídios/100.000 habitantes, em 2011, para 10,1 homicídios/100.000 habitantes, em 2018, representando um aumento percentual de 94,1% (TABELA 10).

A evolução da taxa de notificação de violência contra as mulheres apresentou crescimento positivo tanto para o estado quanto para as 14 macrorregiões de saúde. Destacam-se cinco macrorregiões, Leste do Sul, Norte, Oeste, Sul e Triângulo do Sul, que já em 2011 apresentavam taxa de notificação contra as mulheres acima de 100 notificações/100.000 mulheres, as maiores do estado. As macrorregiões Vale do Aço e Jequitinhonha apresentaram crescimento da taxa de notificação de violência contra mulheres de, aproximadamente, 10 vezes, passando de 32,8/100.00 e 42,0/100.000 mulheres em 2011, para 365,8/100.000 e 446,3/100.000 mulheres em 2018, respectivamente (TABELA 11).

Já em 2018, a macrorregião Triângulo do Sul apresentou a maior taxa de notificação de violência contra as mulheres (659,5/100.000 mulheres), seguida da macrorregião Centro Sul (558,1/100.000 mulheres) e da macrorregião Leste do Sul (477,3/100.000 mulheres) (TABELA 11).

TABELA 11

Taxa de notificação de violência contra as mulheres (por 100.000 mulheres, segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018)

Macrorregião	Período de avaliação							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centro	68,0	114,5	145,1	181,6	207,0	198,7	250,6	259,4
Centro Sul	62,7	155,6	306,0	388,7	477,9	582,3	583,0	558,1
Jequitinhonha	42,0	64,1	127,1	204,0	341,9	278,7	291,2	446,3
Leste	42,6	49,3	74,9	128,1	264,6	261,7	346,0	394,5
Leste do Sul	419,0	368,2	481,9	417,8	604,3	544,3	512,5	477,3
Nordeste	34,3	120,1	228,9	331,1	415,6	344,4	316,2	320,3
Noroeste	70,7	159,3	271,2	303,7	318,8	294,8	297,3	317,7
Norte	102,6	140,8	206,6	262,1	276,1	270,0	305,2	298,7
Oeste	179,4	205,5	249,8	288,6	310,6	259,6	316,3	329,9
Sudeste	98,3	146,9	239,5	281,0	263,7	241,7	257,2	259,8
Sul	166,3	224,2	305,6	353,5	387,1	379,1	386,0	412,3

Triângulo do Norte	85,9	148,4	161,4	197,6	193,4	205,4	249,8	230,9
Triângulo do Sul	236,8	289,6	305,2	382,6	457,8	359,5	450,4	659,5
Vale do Aço	32,8	69,2	151,6	239,4	315,8	293,4	259,7	365,8
GERAL	107,2	153,9	213,8	259,5	299,1	283,3	313,7	334,5

FONTE: elaborado pela autora.

As taxas médias de óbito por homicídio foram maiores nas macrorregiões Leste (32,9/100.000 habitantes), Centro (30,0/100.000 habitantes) e Nordeste (26,3/100.000 habitantes). As menores taxas foram identificadas nas macrorregiões Centro Sul (8,9/100.000 habitantes), Jequitinhonha (8,7/100.000 habitantes) e Sul (7,8/100.000 habitantes) (TABELA 12).

TABELA 12

Taxa média de homicídio e taxa média de notificação de violência contra mulheres nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2011 a 2018

Macrorregião	Taxa de Homicídio		Taxa de Notificação	
	Taxa Média	Ranking	Taxa Média	Ranking
Leste	32,9	1	195,2	12
Centro	30,0	2	178,1	14
Nordeste	26,3	3	263,8	6
Vale do Aço	23,7	4	215,9	11
Noroeste	22,9	5	254,2	7
Leste do Sul	21,3	6	478,2	1
Triângulo do Norte	20,5	7	184,1	13
Norte	19,4	8	232,8	8
Sudeste	16,2	9	223,5	10
Triângulo do Sul	16,1	10	392,7	2
Oeste	15,7	11	267,4	5
Centro Sul	8,9	12	389,3	3
Jequitinhonha	8,7	13	224,4	9
Sul	7,8	14	326,8	4

FONTE: elaborado pela autora.

Em relação à taxa média de notificação de violência contra as mulheres, as macrorregiões que mais notificaram no período de 2011 a 2018 foram: Leste do Sul, Triângulo do Sul, Centro Sul e Sul, com taxas oscilando entre 478,2 e 326,8 por 100.000 mulheres (TABELA 12).

1.11.2 Correlação entre as taxas de homicídio e notificação de violência contra mulheres no Estado de Minas Gerais e por macrorregião de saúde

A análise de correlação entre as taxas de homicídio e de notificação da violência contra as mulheres não revelou ajustes importantes, sinalizando relação fraca entre as taxas, representada pelos baixos valores de R^2 . Destacam-se as macrorregiões Triângulo do Sul e Leste do Sul, que apresentaram os maiores valores de R^2 , 26,7% e 19,0%, respectivamente (TABELA 13 e FIGURA 6).

TABELA 13

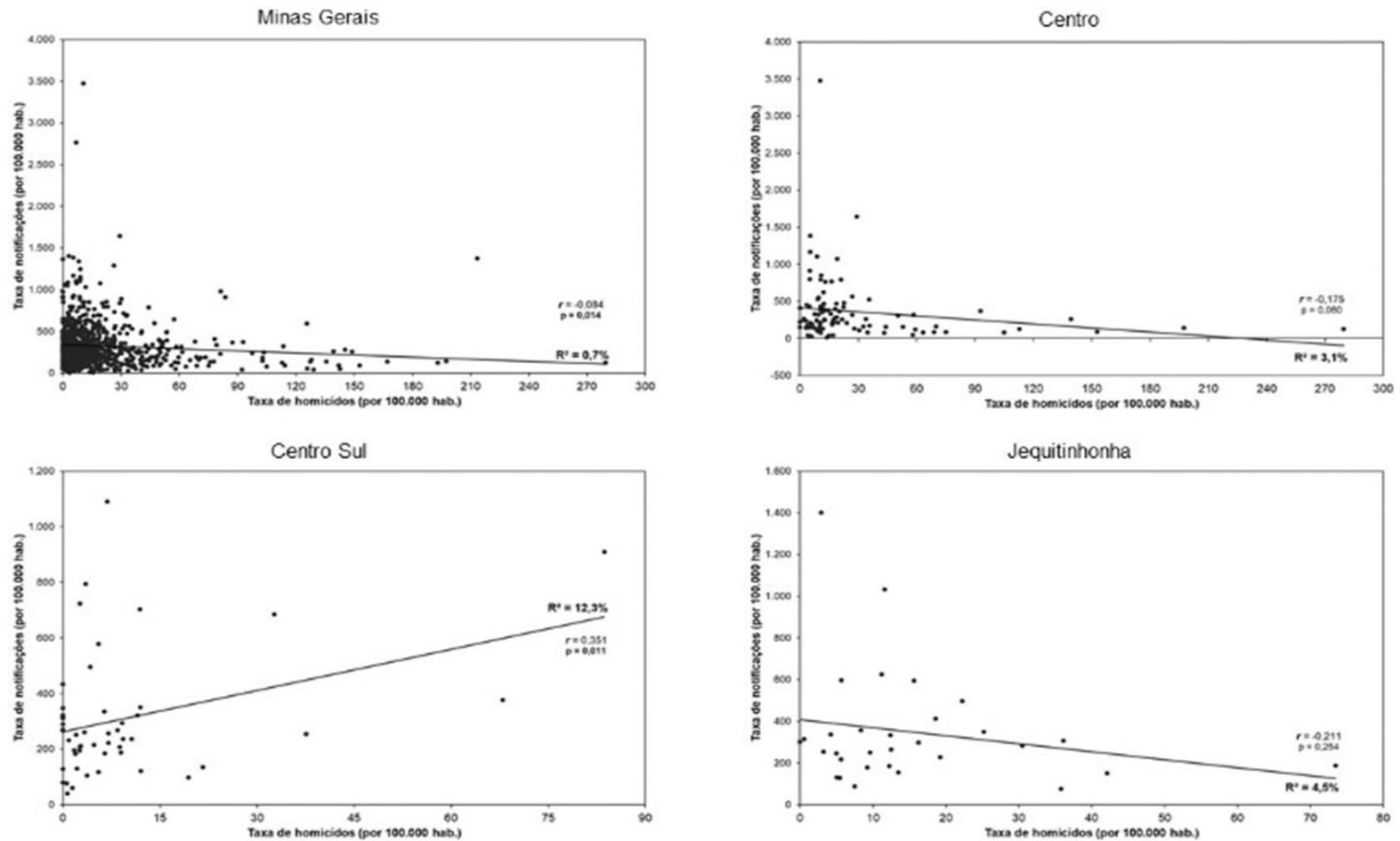
Valores da correlação entre taxa de homicídio (100.000 hab.) e taxa de notificação de violência contra mulheres (100.000 mulheres), segundo macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

Macrorregião de Saúde	p	r	R^2 (%)
Centro	0,080	-0,175	3,1
Centro Sul	0,011	0,351	12,3
Jequitinhonha	0,254	-0,211	4,5
Leste	0,884	-0,021	0,0
Leste do Sul	0,001	0,436	19,0
Nordeste	0,327	-0,132	1,7
Noroeste	0,315	-0,180	3,3
Norte	0,841	-0,022	0,0
Oeste	0,422	-0,113	1,3
Sudeste	0,524	-0,067	0,4
Sul	0,524	-0,068	0,5
Triângulo do Norte	0,334	-0,193	3,7
Triângulo do Sul	0,006	-0,516	26,7
Vale do Aço	0,790	-0,047	0,2
Minas Gerais	0,014	-0,084	0,7

FONTE: elaborado pela autora.

FIGURA 6 - Resultados das análises de correlação entre taxa de homicídio e taxa de notificação de violência contra as mulheres, segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

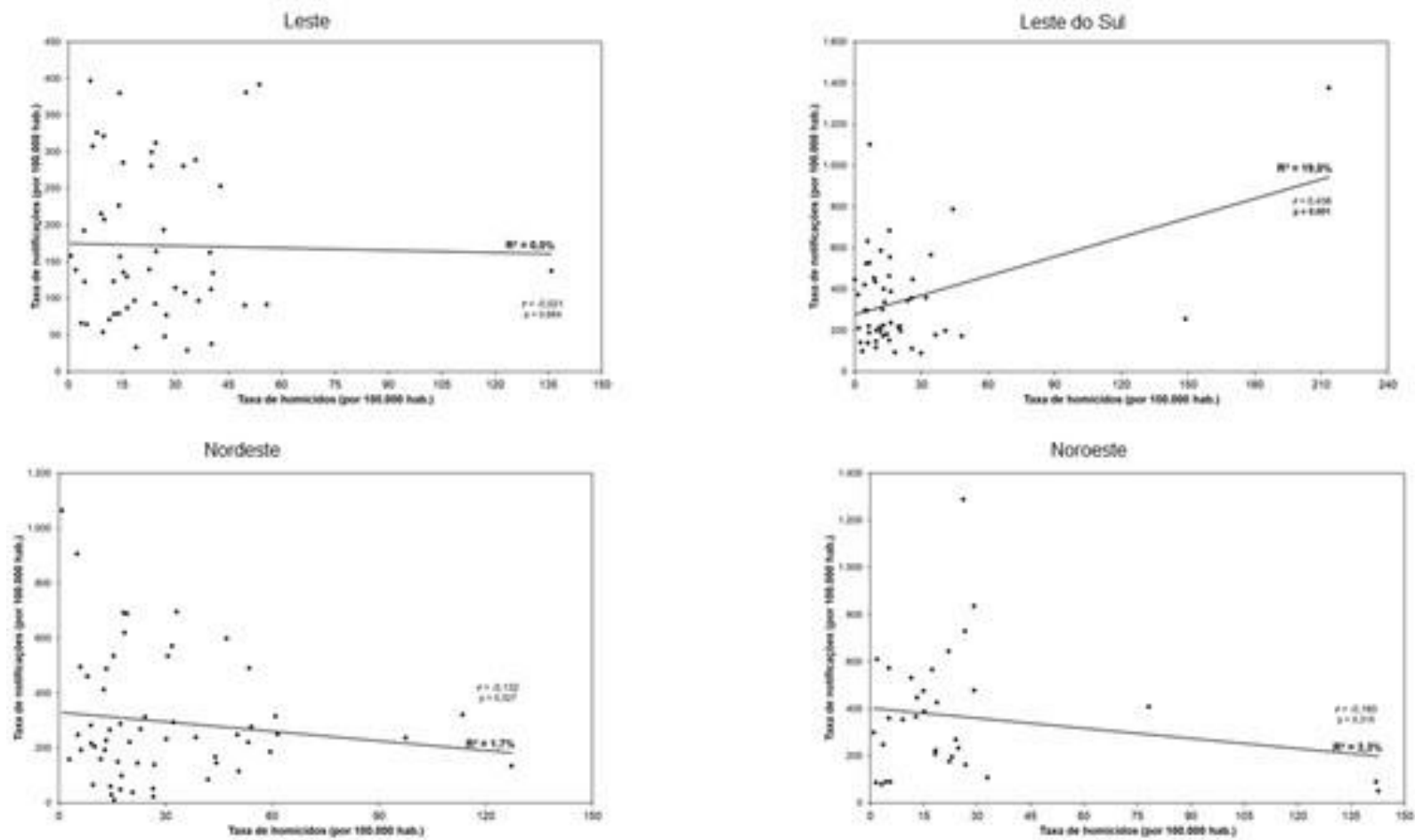
Continua...



FONTE: elaborada pela autora.

FIGURA 6 - Resultados das análises de correlação entre taxa de homicídio e taxa de notificação de violência contra as mulheres, segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

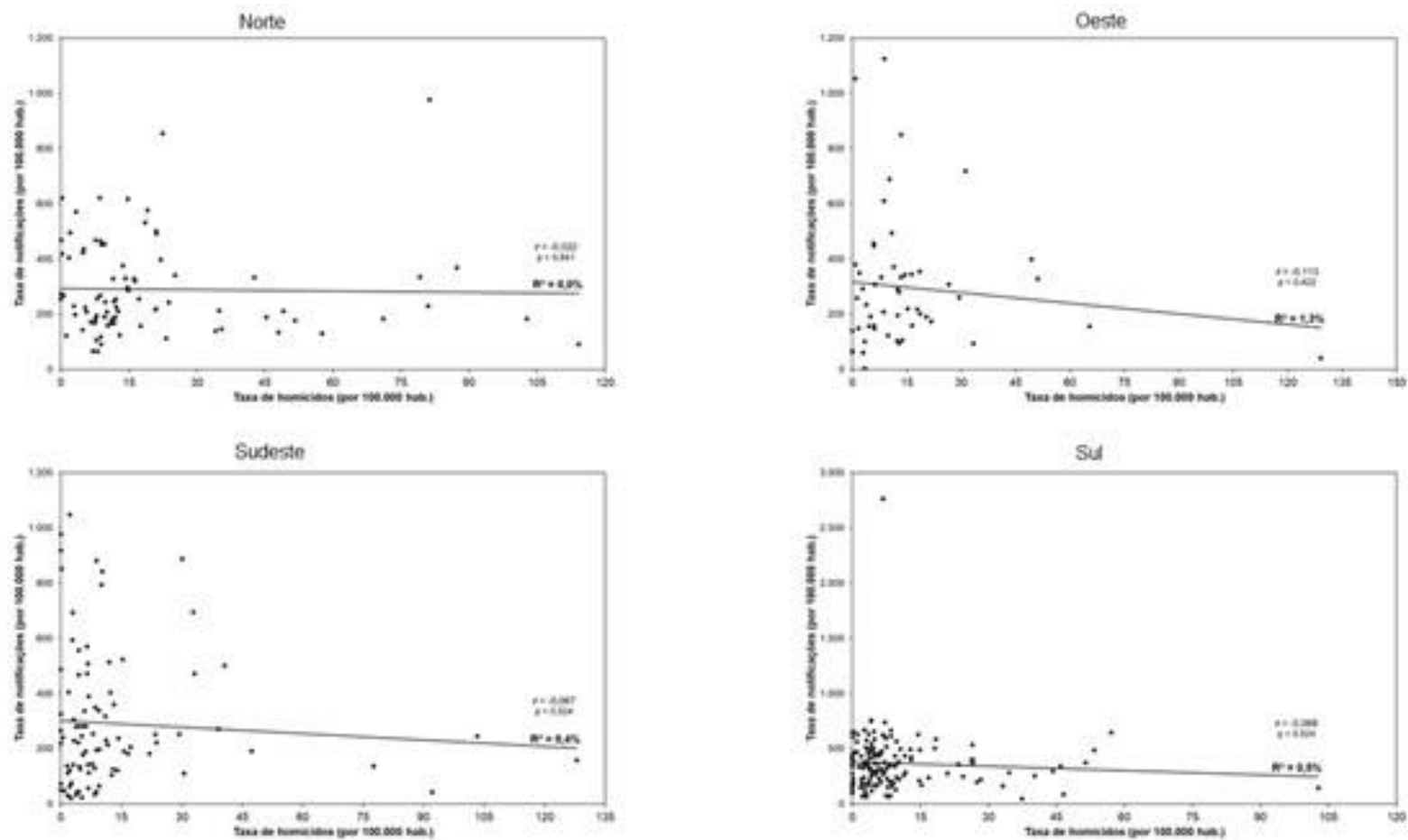
Continuação...



FONTE: elaborada pela autora

FIGURA 6 – Resultados das análises de correlação entre taxa de homicídio e taxa de notificação de violência contra as mulheres, segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

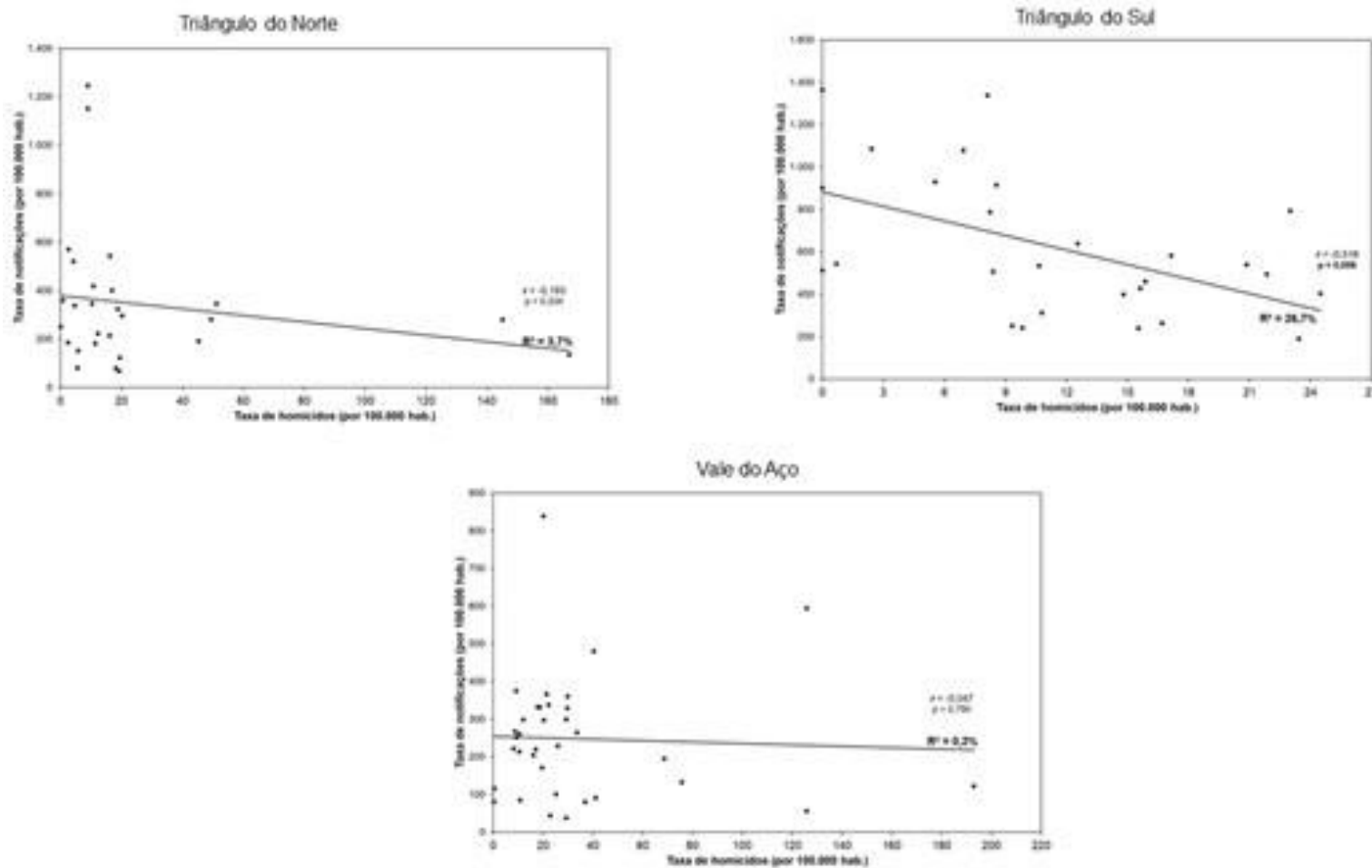
Continuação...



FONTE: elaborada pela autora.

FIGURA 6 – Resultados das análises de correlação entre taxa de homicídio e taxa de notificação de violência contra as mulheres, segundo a macrorregião de saúde, Minas Gerais, 2011-2018

Conclusão.



FONTE: elaborada pela autora.

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que as notificações de violência contra as mulheres em Minas Gerais apresentaram aumento no decorrer do período estudado (2011 a 2018). Esse aumento pode estar relacionado com algumas ações desencadeadas no âmbito da política pública de saúde. Dentre essas, ressalta-se a implantação, em 2006, do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de realizar a vigilância de violência doméstica sexual e outras violências (VIVA – Contínuo) e a vigilância de violências e acidentes na rede de urgência e emergência (VIVA – Sentinela).

O VIVA foi de grande relevância, pois configurou-se como estratégia governamental para a implementação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em todo o território nacional. Porém, a notificação de violência era realizada pelas unidades de referência do agravo, não sendo universalizada para todas as unidades notificadoras. Dessa forma, cinco anos após a implantação do VIVA, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM n. 104, de 25 de janeiro de 2011, universalizando a notificação compulsória de violência.

Essa iniciativa contribuiu para a expansão das notificações para todos os municípios. Em Minas Gerais, as notificações de violência foram realizadas por 910 unidades notificadoras em 2011 e por 2.734 unidades em 2018 (BRASIL, [20--]), incluindo, por exemplo, hospitais, ambulatórios, unidade básica de saúde, clínicas e serviços de urgência e emergência. Assim, a universalização da notificação possibilitou que mais serviços e equipamentos de saúde passassem a realizar a notificação, impactando de forma positiva o registro desse evento nos sistemas de informação da saúde.

Apesar da universalização das unidades notificadoras, é importante que o SINAN seja atualizado, periodicamente, com a inclusão do código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do código da unidade de outros estabelecimentos de notificação (Unidade de Saúde Indígena, Unidade de Assistência Social, estabelecimento de ensino, Conselho Tutelar, Centro Especializado de Atendimento à Mulher, entre outros) para que as notificações realizadas sejam incluídas no sistema com o nome da nova unidade. A não atualização periódica do SINAN pode contribuir para a não inserção da ficha de notificação de violência no

sistema, em função de não constar a unidade notificadora atualizada ou favorecer a inserção da ficha de notificação com nome de outra unidade notificadora. Isso poderá acarretar dificuldade no mapeamento real das notificações de violência contra mulheres por estratificação de territórios no âmbito local.

Outra ação de destaque que pode ter favorecido o aumento de notificações de violência contra as mulheres foi a implementação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS) em 2012, por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). O projeto visava descentralizar e implementar as ações de vigilância em saúde em âmbito estadual por meio de indicadores que perpassassem por todas as áreas da vigilância em saúde. Desse modo, havia o indicador 1.4 – ‘Notificar os casos de violências no SINAN’, o qual incentivava os municípios quanto ao incremento de notificações de violências nos territórios, contribuindo para a redução da subnotificação de casos.

O indicador foi importante para a vigilância das violências no estado, pois, para atingir o objetivo de notificar os casos de violência, os profissionais de saúde dos municípios necessitaram de capacitação sobre o instrumento de notificação, contribuindo, assim, para a disseminação do conhecimento sobre o agravo. Além disso, realizaram busca ativa de casos fora do espaço da saúde, propiciando ações integradas com o Conselho Tutelar, os Centros de Referência de Atendimento às mulheres, a Polícia Civil, o Centro de Referência de Assistência Social, entre outros.

Contudo, o PFVS, posteriormente remodelado e transformado em Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde (PROMAVS) em Minas Gerais, finalizou-se em 2019, extinguindo metas que fomentavam ações em diversas áreas da vigilância em saúde, dentre elas a vigilância das violências, cujo alcance das metas revestia-se em recursos destinados para os municípios. Desde o término do PROMAVS, não houve a elaboração de novos indicadores que favorecessem o fomento de notificações de violência e incentivo às capacitações sobre a ficha de notificação no estado, sinalizando um retrocesso para a vigilância das violências. Além disso, o recurso advindo do PROMAVS destinado à vigilância em saúde dos municípios era um incremento e incentivo à implementação e ao aprimoramento da vigilância das violências.

Além de as capacitações favorecerem o conhecimento do agravo, elas podem abordar aspectos que contribuam para o correto preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência. Primar pela qualidade dos dados registrados na ficha de notificação é imprescindível para que as variáveis, ao serem analisadas, consigam gerar informações capazes de contribuir com ações e medidas de proteção às mulheres em situação de violência. Assim, torna-se importante que os dados registrados no instrumento de notificação sejam completos, ou seja, que o profissional procure inserir corretamente os dados solicitados em cada variável da ficha, evitando o preenchimento 'em branco' ou 'ignorado'.

Com o advento da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) em 2020, conhecida como covid-19, houve alteração na rotina de trabalho de toda a população, incluindo os trabalhadores da saúde. Os trabalhos realizados no âmbito da gestão da vigilância das violências, antes presencialmente, passaram a ser de forma remota ou intercalada (remota e presencial), e as ações de capacitação ficaram prejudicadas, em decorrência do acúmulo de serviço dos trabalhadores, muitos sendo redirecionados ao enfrentamento da pandemia e da necessidade de adaptação ao trabalho remoto.

Para que as ações de vigilância das violências entre os entes federados e os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência não sejam interrompidas, é importante estabelecer estratégias para que ações de capacitação e aprimoramento contínuo da vigilância das violências não sejam paralisadas. Salienta-se que as violências perpetradas contra as mulheres aumentaram de forma importante na pandemia de covid-19, com a necessidade de as mulheres permanecerem em casa, devido às medidas de controle e prevenção dos casos, expondo-as mais tempo aos seus agressores e reduzindo as possibilidades de acessarem serviços e equipamentos para solicitarem ajuda. Dessa forma, torna-se necessário alterar a metodologia utilizada nas capacitações, incluindo recursos tecnológicos, para oferecer capacitação de qualidade aos profissionais de saúde e outros parceiros no enfrentamento à violência contra as mulheres. É importante que os entes federados invistam em tecnologias e treinamentos da equipe técnica para que ações importantes não deixem de ser realizadas.

Em relação à qualidade dos dados registrados na ficha de notificação de violência, neste estudo, a variável que apresentou menor completitude foi 'ocupação', variável

de preenchimento não obrigatório no SINAN, ou seja, a não inserção do dado no sistema não impede a inclusão da ficha de notificação no sistema (BRASIL, 2015b). Desse modo, uma das possibilidades de aumentar a completude da variável é torná-la campo de preenchimento obrigatório, para melhor qualidade do registro em saúde (VASCONCELLOS *et al.*, 2008).

Apesar da não obrigatoriedade da variável 'ocupação', o dado gerado é importante para análise epidemiológica da violência, além de fornecer informações referentes à atividade exercida pelas mulheres. Segundo o Instrutivo de preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/autoprovocada do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), o profissional deve inserir na variável 'ocupação' a função desenvolvida pela mulher, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Dessa forma, para o adequado preenchimento da variável, é necessário que os profissionais tenham acesso à lista da CBO no momento da realização da notificação da violência. Caso a ocupação descrita na ficha de notificação não esteja compatível com a CBO, o digitador pode encontrar obstáculos na digitação do dado, em função da não localização da ocupação descrita na ficha de notificação de violência com a lista da CBO disponibilizada pelo SINAN.

Além disso, outro complicador dessa variável é a não atualização da lista da CBO no SINAN. O Ministério da Saúde é responsável pela modificação periódica do Sistema, contudo a lista da CBO inserida no SINAN encontra-se desatualizada, não abrangendo todas as ocupações descritas na CBO. A última atualização da CBO ocorreu em 2018 pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e a última versão atualizada do SINAN foi realizada em 2017 (BRASIL, [201-]; MINAS GERAIS, 2017b). Dessa maneira, a não atualização das classes ocupacionais disponibilizadas no SINAN pode contribuir para a não completude da variável, tendo em vista que a ocupação descrita na ficha de notificação, pelo profissional, pode não ser compatível com a lista existente no sistema.

Ademais, a ausência do dado na variável 'ocupação' pode privar novas informações e análise da violência perpetrada contra as mulheres, dificultando o planejamento de ações e políticas públicas que favoreçam a independência financeira da mulher e a sua proteção. Mulheres com dependência financeira se sentem coagidas a não abandonar o relacionamento, impedindo o rompimento com a situação de violência,

contribuindo assim, para recorrência da agressão (CÔRTEZ, 2012; FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Neste momento de crise sanitária, econômica e social, a dependência financeira da mulher em relação ao parceiro se acentuou, em função da perda do trabalho ou da dificuldade de inserção no mercado de trabalho. O distanciamento social, preconizado como meio de diminuir a transmissão do vírus, contribui para limitar a mulher ao ambiente doméstico, favorecendo a convivência mais prolongada com o agressor, podendo colaborar para o aumento da violência (MARQUES *et al.*, 2020).

As mulheres que trabalham e estão em situação de violência ausentam-se uma vez a cada cinco dias trabalhados em função da violência vivenciada no lar, comprometendo a qualidade das atividades no serviço, além de desajustes causados em vários aspectos da vida, como nas relações sociais e na saúde (física e psicológica) (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Outras variáveis com desempenho ruim, escore de preenchimento entre 50,0% a 69,9%, quanto à completitude dos dados foram 'gestante' e 'escolaridade'. Destaca-se que o preenchimento da variável 'gestante' é obrigatório e o da variável 'escolaridade', essencial, conforme orientações do Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a).

Observou-se que a padronização da variável 'gestante' como obrigatória não favoreceu a completitude do campo, contudo verificou-se que, dentre as opções de preenchimento dessa variável, há a opção 'ignorado'. Assim, o preenchimento da variável 'gestante' como 'ignorada' propicia a incompletitude do dado. Dessa forma, não é suficiente estruturar as variáveis da ficha de notificação de violência como obrigatória. Torna-se necessária, também, a não inserção de opções como 'ignorado' ou 'em branco', para melhor obtenção de registro em saúde.

Obter dado mais robusto sobre a violência perpetrada contra as mulheres na gravidez é imprescindível para delinear ações de proteção às mulheres e prevenção a essa violência. Na gestação, as mulheres podem estar mais vulneráveis, em função das alterações no seu corpo, das transformações sociais com o novo papel a desempenhar enquanto mãe, das mudanças psicológicas e novas adaptações ao processo gestacional (RODRIGUES, 2016). Assim, a violência perpetrada contra a

gestante aumenta a fragilidade física e emocional da mulher, podendo acarretar problemas, como: interrupção da gravidez, hemorragias, depressão pós-parto, estresse e transtornos psiquiátricos. Além disso, pode trazer consequências para os nascidos vivos, como prematuridade e baixo peso (SILVA *et al.*, 2018).

Em relação à variável 'escolaridade', sua baixa completitude não é um privilégio apenas da notificação de agravo no SINAN. Estudos relacionados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) também sinalizam baixa completitude da variável 'escolaridade' (MESSIAS *et al.*, 2016).

Apesar de a violência acometer as mulheres em todas as idades e independentemente do grau de escolaridade, a baixa escolaridade é um dos fatores associados à violência contra as mulheres. Estudo realizado no município de Pinhais no estado do Paraná sinalizou que a escolaridade predominante das mulheres que sofreram violência foi o ensino médio. O referido estudo não possuía como objetivo a análise da completitude das variáveis, porém destacou nos resultados que 57,0% dos dados sobre escolaridade foram ignorados na ficha de notificação de violência, ou seja, mais da metade das fichas não apresentou dados referentes a essa variável (MATTOS; RIBEIRO; CAMARGO, 2012). Saliencia-se que o não preenchimento adequado das variáveis pode implicar informações não confiáveis, acarretando prejuízo na interpretação dos dados e distorção da realidade (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

Em relação à consistência dos dados, verificou-se que a variável 'gestante', quando combinada com a variável idade (mulher em idade fértil de 10 a 49 anos), apresentou a maior inconsistência. Dessa forma, pode-se presumir que a inconsistência nessa variável se deve à ausência de completitude do dado, pois a inconsistência ocorreu em virtude de vários campos estarem assinalados como 'ignorado'.

Como já mencionado, a violência na gravidez gera consequências para a gestante, o feto e o nascido vivo. Assim, para melhor diagnóstico da situação da mulher que sofre violência, torna-se imprescindível esmerar no cuidado do preenchimento dos dados na ficha de notificação de violência. Esse cuidado pode ser estimulado por meio de capacitações periódicas dos profissionais que realizam o preenchimento da ficha de notificação, mecanismo enfatizado pelo Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de

Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). É importante que os dados sejam apresentados nas capacitações, inclusive como forma de retorno do trabalho produzido no nível local, problematizando a ocorrência de inconsistências e incompletitudes, estimulando o aperfeiçoamento dos registros, além de demonstrar a importância deles para a produção de informações que subsidiarão políticas públicas e ações de enfrentamento da violência contra as mulheres.

Assim, obtendo variáveis preenchidas de forma adequada, conforme instruções do MS (BRASIL, 2015b), conseqüentemente a ficha de notificação estará completa na sua totalidade, contribuindo para maior completitude e consistência dos dados.

Em relação ao preenchimento da ficha de notificação por macrorregião de saúde, observou-se que algumas macrorregiões apresentaram desempenho inferior ao do Estado e em relação a outras macrorregiões, no que se refere ao percentual de variáveis preenchidas completamente e a média da completitude das variáveis. Esse desempenho pode ser decorrente da grande assimetria dos municípios que compõem as macrorregiões em relação à capacidade de oferta dos serviços de saúde.

Macrorregiões com grande contingente populacional e maior disponibilidade de serviços de saúde (Unidade Básica de Saúde, Hospitais, Ambulatórios, entre outros) tendem a realizar mais atendimento às mulheres em situação de violência, o que pode gerar aumento no número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada. Assim, os processos de gestão devem ser baseados em instrumentos e ferramentas adaptadas a cada município, para tomada de decisão mais coerente com a realidade e visando à integração dos serviços e à reorientação de práticas profissionais, tanto da gestão quanto da assistência e vigilância em saúde (FERLA; CECCIM; PELEGRINI, 2010; ASSIS, 2017).

Dessa forma, uma ação que pode ser favorável ao preenchimento adequado das fichas de notificação de violência é a análise dessas fichas pela equipe técnica da vigilância epidemiológica, antes de inseri-las no sistema de informação. Dessa maneira, haverá avaliação preliminar da ficha, contribuindo para o monitoramento dos dados preenchidos. Além disso, outro modo de aprimorar os dados é estabelecer rotina periódica de análise do banco de dados, buscando qualificá-lo conforme orienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b).

Segundo o Ministério da Saúde e a SES/MG, os municípios devem realizar a gestão do SINAN, para mais autonomia à instância local no monitoramento dos dados da ficha de violência interpessoal/autoprovocada, além de propiciar maior aproximação e operacionalização dos dados a serem trabalhados para diagnóstico em saúde do município e, conseqüentemente, da macrorregião de saúde.

Na instância local, o tratamento dos dados torna-se mais fácil de ser operacionalizado, tendo em vista ser no território que os dados são coletados, consolidados e processados no SINAN, antes de chegarem às demais instâncias governamentais. Dessa forma, deve-se investir em treinamentos locais para os profissionais que realizam a notificação, na elaboração e sistematização de fluxos de preenchimento e encaminhamento das fichas de notificação de violência para a Secretaria Municipal de Saúde. Isso contribuirá para a qualificação dos profissionais, além de fomentar a discussão sobre a importância da notificação da violência contra as mulheres. Assim, os profissionais terão maior embasamento técnico para realizar a notificação e o entendimento sobre sua importância, contribuindo para o cuidado integral das mulheres em situação de violência.

Outro fator que pode contribuir no aprimoramento dos dados preenchidos na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada é a importância de a equipe da vigilância contatar os serviços que realizam a notificação, após a análise dos dados da ficha, para dar retorno sobre as notificações efetivadas e informá-los sobre as adequações necessárias para aprimoramento dos registros. Dados de qualidade contribuirão para correto diagnóstico da situação de saúde, favorecendo a produção de informação e o conhecimento para a orientação da prática em saúde e nas demais áreas (BRASIL, 2015b).

Ressalta-se que os dados coletados das fichas de notificação devem subsidiar medidas específicas para controle do agravo e sua prevenção. Além disso, alimentam indicadores elaborados pelas instâncias governamentais para servirem de suporte no planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (BRAGA; WERNECK, 2009).

Os dados epidemiológicos produzidos nos municípios e nas macrorregiões de saúde contribuirão para fundamentar as necessidades de saúde a partir do perfil

epidemiológico das notificações de violência contra as mulheres. Além do perfil, os serviços devem atentar para as demandas espontâneas e para outras necessidades locais das mulheres para estruturação deles (ASSIS, 2017).

Além disso, para fomentar a saúde da mulher, destaca-se a importância de expandir a integralidade do cuidado para além da saúde. É necessário intervir, por exemplo, nos determinantes sociais, psicológicos, econômicos, ambientais, por meio de integração com outras áreas (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014; ASSIS, 2017).

Os resultados apresentados nesta pesquisa, em relação ao tempo transcorrido entre a data de ocorrência da violência contra as mulheres e a data de notificação, sinalizaram aumento de casos notificados no mesmo dia de ocorrência da violência, apresentando diminuição do lapso de tempo da notificação por parte dos profissionais. A maioria (74,8% dos casos, em 2011, e 84,6%, em 2018) das notificações de violência contra as mulheres ocorreu em até uma semana da agressão, conforme preconiza a Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016b).

Neste estudo, não foi realizada a segmentação das notificações de violência contra as mulheres pelos “tipos de violência” (física, sexual, tortura, psicológica), gerando, assim, uma limitação, tendo em vista que a Portaria supracitada define dois tempos de notificação de violência: a semanal e a imediata (24 horas). A notificação de violência contra as mulheres deve ser semanal, exceto quando englobar violência sexual e tentativa de suicídio, devendo esta ocorrer em até 24 horas (BRASIL, 2016b). Intervalos superiores do que os preconizados pela legislação de notificação compulsória sinalizam fluxo de notificação pouco eficaz. Promover ações que permitam melhorar o fluxo de informação entre profissionais, unidades notificadoras, pacientes e a vigilância podem contribuir na redução do tempo de realização da notificação e a ocorrência do agravo. Isso vai favorecer o atendimento às mulheres em situação de violência, para adoção de medidas protetivas e a promoção da saúde delas no menor espaço de tempo possível.

Como exemplo, em relação à violência sexual, ressalta-se que, pelo menos dois procedimentos devem ser realizados: a contracepção e a profilaxia de emergência, a fim de evitar gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. A contracepção de emergência obtém maior êxito quando ministrada em até 72 horas após a agressão

sexual. Segundo o estudo de Delziovo (2015), referente à violência sexual contra mulheres no Estado de Santa Catarina, as mulheres que fizeram uso de contraceptivos de emergência no período mais eficaz do medicamento apresentaram menor proporção (1,6%) de gravidez. As mulheres que fizeram uso da contracepção de emergência, após as 72 horas, apresentaram 4,2% de gravidez.

Além disso, a mulher em situação de violência sexual deve ser encaminhada para hospital de referência no atendimento às pessoas em situação de violência sexual, para realização de coleta de vestígios. O material coletado servirá de evidência e prova pericial, sendo necessário que o procedimento de coleta ocorra antes de a mulher se submeter à higienização corporal, a fim de assegurar maior êxito na coleta e no resultado do exame. Dessa forma, a diminuição do lapso de tempo entre a ocorrência da violência contra a mulher e sua notificação é de extrema importância para a garantia de direitos.

A exemplo da violência sexual, como mencionado anteriormente, a tentativa de suicídio também é de notificação imediata. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), no período de 2011 a 2016, as mulheres tentaram duas vezes mais suicídios do que os homens no Brasil. As causas dessas tentativas são variadas, podendo ser decorrentes de outros tipos de violências (física, sexual, psicológica, tortura, financeira), de doenças ou limitações físicas, da depressão e outros problemas de saúde mental, das dificuldades financeiras, conflitos intrafamiliares, entre outras (SILVA *et al.*, 2018).

O suicídio e suas tentativas requerem atenção da sociedade e dos profissionais de saúde. Os profissionais precisam aguçar sua sensibilidade de percepção do risco do suicídio no atendimento aos/às pacientes, para manejo e encaminhamentos adequados. Dentre as ações de cuidado a serem ofertadas nesses casos, tem-se o encaminhamento da mulher à rede de apoio psicossocial e à Unidade Básica de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2016).

Geralmente, as tentativas de autoextermínio chegam com maior frequência na rede de urgência e emergência, não impedindo que esses casos adentrem nos outros níveis de atenção à saúde. Desses níveis de atenção, a Atenção Primária à Saúde (APS) atua mais próxima da população e com maior capilaridade quanto a suas

necessidades, ocupando importante papel na rede de saúde, como ordenadora do cuidado. Assim, a equipe da APS deve ser capaz de detectar casos suspeitos de violência contra as mulheres e, ao notificá-los, deve iniciar o movimento de possibilitar assistência integral e multiprofissional à mulher, podendo encaminhá-la para pontos de atenção da rede de saúde (Centro de Atenção Psicossocial, hospitais, ambulatórios), para rede assistencial social (Centros de Referência de Assistência Social), rede de atendimento à mulher (Centro Especializado de atendimento à mulher), Conselho Tutelar, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outros órgãos e instituições. Ressalta-se que, apesar de esses diversos serviços ofertarem atendimento às mulheres em situação de violência, a integração deles ainda é deficitária, dificultando avanços na assistência direcionada às mulheres (GARBIN *et al.*, 2015; RIO DE JANEIRO, 2016).

Dessa forma, as notificações de violência contra as mulheres merecem atenção quanto à qualidade dos dados inseridos nas fichas. As informações geradas a partir dos dados coletados podem contribuir para melhor configuração de ações de enfrentamento da violência contra as mulheres, diminuindo, assim, a invisibilidade dessa violência e fomentando a articulação da rede de proteção contra a violência.

A análise dos resultados desta pesquisa sugere que o tempo entre a ocorrência do evento e sua notificação pode interferir na qualidade do preenchimento da ficha de notificação. Os dados sinalizaram pequena redução percentual quanto ao preenchimento da ficha de notificação na sua totalidade, com o espaçamento dos dias de notificação em relação à ocorrência do agravo. Verificou-se que a obtenção de dados mais precisos no preenchimento da notificação tende a ocorrer no menor tempo de espaço entre a notificação e o agravo, conforme os dados apresentados no capítulo anterior.

Caso haja um lapso de tempo maior entre o preenchimento da ficha de notificação e o evento, o surgimento de vieses pode ocorrer, como o viés de informação, “quando as informações referentes ao estado de exposição ou desfecho/doença são coletadas de maneira incorreta e diferente entre os grupos de comparação” (MEDEIROS; ABREU, 2013, p. 172). Dessa forma, quanto maior o tempo transcorrido entre a violência e a notificação, a mulher pode esquecer ou confundir informações

importantes em decorrência do trauma sofrido, comprometendo a coleta de dados no momento da notificação.

Além disso, em função de a sobrecarga de trabalho dos profissionais e a lógica predominante do atendimento, na maioria das vezes, serem pautadas na produtividade e no modelo biomédico, os profissionais podem supor que a agressão sofrida pela mulher ocorreu já há algum tempo e selecionar as variáveis que julgarem mais pertinentes no momento de preenchimento da ficha, a fim de cumprirem uma formalidade documental, deixando assim variáveis em 'branco' ou 'ignorada'. Isso contribui para a incompletude da ficha e pode favorecer também a subnotificação de casos. Caso isso ocorra, o profissional não consegue visualizar a importância da notificação da violência para atendimento adequado da mulher e os possíveis desdobramentos dessa notificação, como o aprimoramento do cuidado ofertado às mulheres em situação de violência. Essa visibilidade também vai depender do tanto que o profissional consegue imprimir de escuta especializada e olhar ampliado no momento do atendimento e da rede de apoio implementada pelo governo (VELOSO *et al.*, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Verificou-se, neste estudo, que as taxas de homicídio foram menores do que as taxas de notificação de violência contra as mulheres, por macrorregião de saúde e no Estado de Minas Gerais. A taxa de homicídio apresentou queda no Estado e em várias macrorregiões de saúde, sendo que o Estatuto de Desarmamento, instituído pela Lei n. 10.826, de 22 de dezembro de 2003, pode ser um dos eventos que contribuiu para essa redução (CERQUEIRA; BUENO, 2019). Um dos objetivos do Estatuto era diminuir os crimes violentos por arma de fogo, dificultando o acesso e o porte da arma de fogo pela população.

Contudo, as novas diretrizes do governo federal, de ampliar o acesso à arma de fogo nos domicílios, pode ocasionar aumento dos crimes e óbitos violentos, motivando também o aumento da violência contra as mulheres e o feminicídio (CERQUEIRA; MELLO, 2012; CERQUEIRA; BUENO, 2019; PINTO *et al.*, 2020). Nos Estados Unidos, verificaram-se que, dentre as 220 mulheres assassinadas pelo parceiro íntimo, 70% tinham sido violentadas anteriormente, e que um dos fatores de risco para o feminicídio era o acesso à arma de fogo pelo agressor (CAMPBELL *et al.* 2003 apud CERQUEIRA; BUENO, 2020).

No Brasil, estudo realizado no período de 2011 a 2016 analisou as fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada registradas no SINAN, de violência perpetrada contra as mulheres, por parceiros íntimos, e constatou que 2.538 mulheres faleceram de homicídio, no intervalo de 6 a 9 anos, após serem notificadas nos serviços de saúde. O estudo sugeriu possíveis casos de feminicídio, em função da violência por parceiro íntimo. Além do mais, o estudo revelou que o uso de arma de fogo, combinado a outros meios, sinaliza maior chance de óbito (PINTO *et. al.*, 2021).

No Brasil, de acordo com o Atlas da Violência (CERQUEIRA; BUENO, 2020), no ano de 2018, 30,4% dos homicídios femininos foram decorrentes de feminicídio, representando crescimento de 6,6% em relação ao ano anterior. No período de 2013 a 2018, houve crescimento de 8,3% dos óbitos de mulheres dentro das residências, podendo sinalizar aumento do feminicídio.

Ressalta-se que a tomada de decisão do governo federal de aumentar a posse de arma de fogo contradiz os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais apregoam um mundo sem violência e mais pacífico, além de eliminar todas as possíveis formas de violência contra as mulheres (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Sobre o aumento observado na taxa de notificação de violência contra as mulheres, no início deste capítulo foram realizadas considerações que podem ter influenciado esse aumento. Dentre essas, destacam-se a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) pelo Ministério da Saúde e o Projeto de Fortalecimento de Vigilância em Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Entretanto, verificou-se que as macrorregiões de saúde com taxa média de homicídio mais elevada não são as macrorregiões com as maiores taxas média de notificação de violência contra as mulheres, podendo sinalizar subnotificação de casos.

Ao verificar a correlação entre a taxa de homicídio, por 100.000 habitantes, e a taxa de notificação de violência contra as mulheres (100.000 mulheres), verificou-se que as duas taxas não apresentaram correlação entre si, podendo sugerir sub-registros de homicídio no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e de notificação de

violência contra as mulheres no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Segundo dados da Segurança Pública de Minas Gerais, extraídos do Registro de Eventos de Defesa Social (REDS), sistema integrado que capta os registros realizados pelas Polícias Civil e Militar, Corpo de Bombeiros e Sistema Prisional, no ano de 2013 foram registrados 128.852 casos de mulheres em situação de violência doméstica e familiar (MINAS GERAIS, 2016c). No SINAN, no mesmo ano, foram registradas 22.103 notificações de violência contra as mulheres (GRÁFICO 1). Em 2018, o REDS registrou 147.425 contra 35.732 notificações no SINAN (MINAS GERAIS, 2021).

Apesar de serem sistemas diferentes e de Secretarias distintas, ambos registram dados de violência contra as mulheres, e a diferença de registros de violência entre esses sistemas pode estar relacionada à subnotificação de casos de violência na rede de saúde pública e privada, além da ausência de busca ativa de casos de violência contra as mulheres. É importante que todos os casos de violência sejam notificados na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, mesmo que algumas variáveis não sejam preenchidas, especialmente em momentos de desafios sanitários, como a pandemia da SARS-Cov-19. Nesse momento de pandemia, em que os serviços de saúde se encontram sobrecarregados, profissionais exaustos, fluxos desordenados para priorização de atendimento às pessoas acometidas pela doença, a notificação de violência contra as mulheres não deve ser interrompida.

A subnotificação de casos também sinaliza a baixa qualidade do sistema de informação, em função dos dados inseridos no sistema, ao serem trabalhados, não conseguem retratar a realidade da violência contra as mulheres. Assim, a qualidade do sistema de informação perpassa, além da análise da completude e consistência dos dados analisados por este estudo, pela capacidade dos profissionais em captar as notificações de violência interpessoal/autoprovocada e inseri-las no sistema. Assim, ao trabalhar os dados do sistema, por meio de indicadores, análises epidemiológicas, espera-se que esses profissionais consigam retratar a realidade da violência perpetrada contra as mulheres.

Para um processo de vigilância mais robusto das notificações de violência, o Ministério da Saúde orienta uma vigilância mais ativa dos sistemas de vigilância em saúde, ou seja, criar ou aprimorar mecanismos de busca ativa de notificações, como exemplo, por meio de parcerias entre entidades e/ou órgãos de defesa dos direitos, como o Conselho Tutelar, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outras. A orientação do MS corrobora com Braga e Werneck (2009) quando afirmam que a subnotificação decorre da “ausência ou insuficiência de sistemas de busca ativa da notificação” (BRAGA; WERNECK, 2009).

Estudo realizado em Porto Alegre relacionado às dificuldades na notificação observou que os profissionais de saúde possuem mais comprometimento com a notificação de casos de violência relacionados às crianças e aos adolescentes, especialmente quando a violência é sexual, do que quando acomete as mulheres adultas. Além disso, observou-se que, na urgência e emergência, os profissionais de enfermagem notificam melhor os casos de violência, em função do acolhimento ofertado aos pacientes (LEAL; LOPES, 2010; VELOSO *et al.*, 2013).

Braga e Werneck (2009) salientam que a subnotificação também decorre da magnitude da doença ou agravo, sendo assim seletiva. Doenças com maior impacto na comunidade, de interesse midiático, que causam mais hospitalização e os casos são mais graves, notificam-se mais. Como a violência contra as mulheres apresenta aspectos subjetivos, a exemplo dos tipos de violência psicológica e financeira, muitas vezes a notificação não ocorre, por não estar explícita no momento do atendimento à paciente e em função da ausência de percepção da violência por parte dos profissionais, contribuindo para a subnotificação da violência.

Outro fator importante na subnotificação é o baixo grau de oportunidade do sistema de vigilância (BRAGA; WERNECK, 2009). É necessário que o sistema de vigilância seja oportuno, a fim de impulsionar ações de prevenção do agravo. Um sistema efetivo deve ser capaz de desencadear ações que promovam, no menor espaço de tempo possível, a redução da violência e de seu impacto na vida da mulher.

Estudo realizado em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, referente à subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde, identificou que um dos motivos para a não notificação dos casos de violência

é o receio de retaliação por parte do agressor. Os profissionais se sentem coagidos, com receios de agressões físicas e psicológicas, caso realizem a notificação. Além disso, os profissionais alegaram ter contato com todos os membros da família, incluindo o agressor, dificultando a notificação do caso de violência (KIND *et al.*, 2013).

Ressalta-se que as notificações de violência contra mulheres possuem caráter sigiloso e a identificação da pessoa que sofreu violência só deve ocorrer em caso extremo, quando a mulher agredida e/ou a comunidade encontra(m)-se em risco (KIND *et al.*, 2013; BRASIL, 2021b). A Portaria n. 78 de 18 de janeiro de 2021 estabelece um fluxo dessa comunicação à autoridade policial, enfatizando que os dados sensíveis só poderão ser cedidos à Segurança Pública com consentimento da mulher ou responsável (BRASIL, 2021b). Saliencia-se que o responsável pela mulher, no momento do atendimento no serviço de saúde, pode ser o agressor, e a comunicação à polícia pode colocar ainda mais em risco a vida da mulher, tendo em vista a ausência de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o adequado atendimento à mulher em situação de violência e a falta de integração dos serviços de proteção.

Além disso, a Portaria retrata a violência de gênero como sendo individual, pontual e fragmentada. Essa violência é estrutural e deve ser abordada como problema social, requerendo respostas amplas, para além dos agressores e mulheres agredidas. Assim, a Portaria pode favorecer o aumento de subnotificação de casos de violência contra mulheres, pois a mulher pode sentir-se acuada e mais fragilizada ao recorrer ao serviço de saúde, não confiando nele para abordagem da violência vivenciada.

Outro ponto a ser destacado referente à subnotificação é o desconhecimento dos profissionais sobre o instrumento de notificação e, quando o conhecem, não sabem dos seus desdobramentos (KIND *et al.*, 2013). O desconhecimento dos dados gerados em função da não devolutiva do instrumento de notificação pela equipe da vigilância contribui para gerar baixo conhecimento acerca da importância das informações para maior efetividade da saúde pública (BRAGA; WERNECK, 2009; VELOSO *et al.*, 2013; GARBIN *et al.*, 2015). Essas informações reforçam a importância da equipe da vigilância em realizar devoluções periódicas dos dados preenchidos nas fichas para os profissionais de saúde das unidades notificadoras. O feedback pode acontecer por meio de reuniões periódicas, informativos epidemiológicos, intranet, site oficial da instituição, entre outros.

Outro aspecto destacado é a maneira como o serviço é organizado em relação ao paciente, acarretando sobrecarga de trabalho para os profissionais, culminando na falta de tempo para a notificação (KIND *et al.*, 2013). A ausência de monitoramento e de orientação para registros adequados e contínuos e a falta de padronização de fluxos da notificação e sua divulgação favorecem atendimentos de casos de violência contra as mulheres que não são notificados (GARBIN *et al.*, 2015). Assim, estabelecer fluxos da notificação e de trabalho nos pontos de assistência à saúde contribuirá para a organização do processo de trabalho e a captação das notificações de violência contra as mulheres.

Em relação aos homicídios, as Declarações de Óbitos (DO) são emitidas pelo Instituto Médico Legal (IML), órgãos que estão concentrados em municípios de médio e grande porte. Essa concentração pode favorecer a ausência de qualidade nos registros dos óbitos e o sub-registro nos municípios de pequeno porte, em função da dificuldade de encaminhamento das mortes violentas para o IML (MELO; BEVILACQUA; BARLETTO, 2013)

No Estado da Bahia, município de Salvador, um estudo comparou dados registrados no SIM com dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e laudos do IML e demonstrou que, dentre as causas externas, a mais subnotificada era os homicídios, com 45,2% (JESUS; MOTA, 2010).

Estudo realizado em Viçosa, município do Estado de Minas Gerais, detectou a possível existência de sub-registro de óbitos no SIM, ao compará-lo com os dados registrados na Polícia Civil. No período entre 2000 e 2009, havia 495 óbitos por causa externa detectados no SIM e na Polícia Civil. Desses, 21,0% (n=104) não estavam registrados no SIM do município, apenas na Polícia Civil (MELO *et al.*, 2014).

Além disso, dos 391 localizados no SIM, 21% (n=82) não apresentaram causa básica definida. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o aceitável para eventos indeterminados é até 10%. Assim, o estudo realizado em Viçosa demonstrou que, além da ausência de registros de DO no SIM do município, há DO registrada com causa indefinida, o que dificulta estabelecer a causa correta do óbito (MELO *et al.*, 2014).

Em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, pesquisa realizada no ano de 2010, referente à qualidade dos registros dos dados na declaração de óbitos por causa externa, constatou que no bloco VII da DO referente às circunstâncias do óbito, 67,76% das declarações de óbitos apresentaram preenchimento muito ruim em relação à circunstância da morte (MESSIAS *et al.*, 2016).

Os estudos acima mencionados detectaram sub-registro de óbitos e ausência de qualidade no preenchimento da DO. Para diminuir o sub-registro da DO, o Ministério da Saúde (MS) preconiza a realização de busca ativa da DO em hospitais, cartórios, secretarias municipais de saúde e IML, pelas referências técnicas da vigilância dos óbitos. A DO é emitida em três vias (branca, amarela e rosa), cuja destinação encontra-se estipulada em normatizações específicas, como a Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamenta a coleta de dados, fluxos e periodicidade do envio das informações para o SIM. A busca ativa da DO deve ser realizada para controle do documento, para que nenhuma DO emitida fique sem registro no SIM. Assim, o controle da DO distribuída para os locais devidamente adequados para seu recebimento e o retorno das DOs preenchidas deve ser monitorado continuamente pela Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2009).

As mortes por causas externas, a exemplo do homicídio, devem ser direcionadas ao Instituto Médico Legal (IML) para necropsia, com a finalidade de identificar a causa do óbito. Muitas declarações de óbitos emitidas no IML têm apresentado falhas no que concerne ao preenchimento da causa do óbito. Salienta-se que a responsabilidade da emissão da DO referente ao homicídio, com a causa básica definida, é de responsabilidade do médico legista. Dessa maneira, torna-se importante que o profissional compreenda o valor da DO para a epidemiologia e sua importância social, na produção de dados da saúde e delineamento de políticas públicas (MESSIAS *et al.*, 2016).

Geralmente, utiliza-se a DO, inserida no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), como instrumento oficial para análise da mortalidade da população brasileira. Como no SINAN, o Ministério da Saúde também orienta a análise da qualidade dos dados inseridos na DO, perpassando, como exemplo, pela completude, consistência dos dados, a correta definição da causa de óbito e o registro de todos os óbitos ocorridos no território nacional. Verifica-se que muitos óbitos relacionados às causas

externas são registrados com a natureza da lesão (fratura, hemorragia, perfuração, traumatismo) e não a circunstância do ato em si, prejudicando, dessa forma, a classificação correta da causa do óbito (MESSIAS *et al.*, 2016).

A ausência de qualidade no preenchimento da DO também acarreta prejuízos para a produção de dados estatísticos da mortalidade no país, dificultando conhecer, de maneira mais precisa, os problemas de saúde da população (MESSIAS *et al.*, 2016). Além disso, os dados relacionados à causa do óbito ficam afetados pelas imprecisões dos dados, ocasionando, assim, sub-registros de óbitos por homicídios.

A fim de minimizar ou solucionar o problema do preenchimento do óbito com causa mal definida, o Estado de Minas Gerais capacita técnicos das Unidades Regional de Saúde e de municípios, para a codificação do óbito conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) e orientações do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde. Assim, os óbitos cujas causas encontram-se indefinidas devem ser investigados para ajustar potenciais erros identificados na DO, e sua nova codificação deve ser alterada no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para fins epidemiológicos.

Entretanto salienta-se que a responsabilidade primeira no preenchimento da DO por causa externa é do médico legista. Em muitos casos, o médico delega o preenchimento da DO a outro profissional, principalmente dos campos que não referem ao preenchimento da causa básica do óbito. E para o correto preenchimento da causa básica do óbito, os médicos legistas possuem acesso às informações que favorecem o correto delineamento da causa morte, contudo, muitas vezes não utilizam as informações disponíveis para preenchimento adequado da DO (MELO; BEVILACQUA; BARLETTO, 2013; MESSIAS *et al.*, 2016).

Assim, torna-se imprescindível investir em capacitações desses profissionais, a fim de aumentar o compromisso com o preenchimento correto da DO. Além disso, as faculdades e universidades de Medicina devem investir no processo de formação médica quanto ao preenchimento da DO e sua relevância para o campo epidemiológico.

Outro ponto de destaque em relação ao preenchimento inadequado da causa básica do óbito é o receio das implicações legais, pelos médicos legistas e assistentes, com

uso da DO nos processos judiciais, contribuindo para aumento de óbitos com causa básica indeterminada. Segundo estudo de Melo, Bevilacqua e Barletto (2013), os médicos assistentes procuram ater mais nas causas biológicas do óbito, evitando adentrar em situações que possam comprometê-los legalmente. Os médicos legistas consideram a DO como documento integrante de diversos profissionais, tendo grande importância para a área jurídica. Dessa forma, a DO possui diversos olhares, conforme vivência e entendimento de cada profissional que manipula o documento, podendo gerar diversas implicações.

Para diminuir o receio dos profissionais com o preenchimento da DO, os médicos legistas e assistentes devem receber respaldo técnico e jurídico para preenchimento adequado da causa básica do óbito, resguardando, assim, o exercício correto de seu trabalho (MESSIAS *et al.*, 2016).

Logo, qualificar o banco de dados é imprescindível para avaliar os níveis de saúde da população, realizar planejamento adequado dos serviços de saúde, a partir da análise da morbimortalidade da população. A fidedignidade das informações registradas nos dois sistemas é importante para fundamentar de maneira precisa o planejamento em saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu verificar a qualidade dos dados registrados na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada, contra as mulheres, em relação à consistência e à completitude das variáveis. Avaliou-se o tempo oportuno entre a ocorrência da violência contra as mulheres e a notificação dessa violência, além da verificação da ocorrência de subnotificação por meio da correlação da taxa de homicídio geral com a taxa de notificação de violência contra as mulheres.

Os resultados apresentados apontaram que as variáveis 'ocupação', 'gestante' e 'escolaridade' apresentaram menor grau de completitude, sendo classificadas como ruim. Entretanto, para a maioria das variáveis analisadas, a completitude foi excelente e boa. Em relação à consistência dos pares de variáveis, dos 28 pares analisados, 26 apresentaram grau de classificação das variáveis como excelente, sinalizando coerência no preenchimento das variáveis analisadas.

A análise da completitude da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada sinalizou que 79,5% das fichas apresentaram alguma variável preenchida como "ignorada" ou "em branco", e apenas 19,5% apresentaram 100% de completitude em Minas Gerais. A análise por macrorregião de saúde demonstrou que nove macrorregiões de saúde apresentaram desempenho superior ao do Estado, a saber: Centro Sul, Jequitinhonha, Leste Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Sul, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte.

Destacaram-se duas macrorregiões de saúde que apresentaram desempenho inferior a 10% de fichas com as 37 variáveis preenchidas completamente: Centro (7,8%) e Vale do Aço (7,4%).

Constatou-se que a completitude da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada melhorou no decorrer do período estudado. Em 2011, a média de completitude da ficha foi de 86,0% e, em 2018, de 93,4%.

Quanto à avaliação do tempo oportuno da notificação concernente à data da ocorrência da violência no Estado de Minas Gerais, os dados sinalizaram melhoria em relação ao tempo da notificação do agravo com a ocorrência da violência, com o

passar dos anos. Em 2011, 74,8% dos casos foram notificados até uma semana e, em 2018, 84,6%.

Das 14 macrorregiões de saúde, quatro macrorregiões conseguiram notificar 90,0% ou mais de violência contra as mulheres no mesmo dia da ocorrência do agravo. A macrorregião de saúde com desempenho menor foi a do Triângulo do Norte (75,2%).

Em relação à ocorrência de subnotificação de violência contra as mulheres, os dados sinalizaram correlação fraca entre a taxa de homicídio e a taxa de notificação, sugerindo a ocorrência de sub-registro de óbitos e de notificação de violência contra as mulheres. Assim, mesmo com a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes pelo Ministério da Saúde em 2006, esses tipos de casos têm sido pouco notificados. Notificar mais possibilitará um sistema mais fidedigno e robusto, capaz de oferecer dados que indiquem a prevalência da violência contra as mulheres e as que possuem um risco maior de óbito, para que medidas de proteção sejam adotadas em tempo hábil.

Apesar de este estudo ter evidenciado falhas no preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoçadas e sinalizado possível existência de subnotificação de casos de violência contra as mulheres, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é extremamente relevante na obtenção de dados de notificação contra as mulheres. Indica-se utilizar esse Sistema para o monitoramento dos casos de violência perpetrados contra as mulheres, bem como traçar o perfil das mulheres agredidas e do agressor, planejar, implementar e avaliar políticas públicas na área.

1.12 Considerações finais / recomendação

O enfrentamento da violência contra as mulheres ainda possui um longo caminho a ser percorrido. As legislações existentes são importantes conquistas alcançadas, porém a operacionalização das leis e ações de combate à violência necessitam de grande vontade política e governos comprometidos com a causa.

O registro da notificação da violência contra as mulheres na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada representa apenas uma parte da ponta do iceberg da violência contra as mulheres. Desvendar o restante desse iceberg é dever

de toda a sociedade, dos profissionais e, principalmente, dos governos, que podem implementar políticas públicas de combate à violência. Preciso é incentivar a notificação de violência contra as mulheres, para que dados estatísticos subsidiem a elaboração de indicadores e, para além disso, no fomento do cuidado integral às mulheres em sofrimento, contribuindo para prevenir formas mais extremas da violência, como o feminicídio.

Dados estatísticos de qualidade advêm do preenchimento adequado da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Dessa forma, é importante primar pelo preenchimento correto das variáveis, para que a completude e a consistência delas sejam aprimoradas. Uma das estratégias para aumentar a qualidade dos dados registrados na ficha de notificação é a análise da ficha antes da inserção no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ou a análise posterior do banco de dados pela equipe da vigilância epidemiológica, e a devolutiva da análise para os serviços e profissionais que realizam a notificação.

Recomenda-se também a análise da qualidade da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada a partir de meados de 2015, tendo em vista ser a data da última versão da ficha apresentada pelo Ministério da Saúde. Isso decorre do número de variáveis que não foram analisadas neste estudo, em função da necessidade de estudar apenas variáveis compatíveis com as duas fichas de notificação de 2008 e 2015.

Além disso, notificar os casos de violência no menor espaço de tempo possível contribui para maior qualidade do preenchimento das variáveis, além de possibilitar atendimento adequado à mulher que sofreu violência, buscando diminuir outras consequências dos atos violentos perpetrados contra as mulheres.

Sugere-se estudo do tempo transcorrido entre a notificação de violência e a ocorrência do agravo para violência sexual, tendo em vista que o tempo de notificação dessa violência é imediata. Nesta pesquisa, não foi possível avaliar precisamente essa informação, pois avaliaram-se todas as violências perpetradas contra as mulheres, não realizando a separação por tipo de violência, apresentando, assim, uma limitação deste estudo.

Além do mais, recomenda-se investimento na notificação de casos de violência contra mulheres no Estado de Minas Gerais e, conseqüentemente, nas macrorregiões de saúde, a fim de diminuir a subnotificação. Para isso, realizar parcerias é fundamental para identificar violências que não foram notificadas na ficha de violência interpessoal/autoprovoçada, além de investir em capacitações, realizar busca ativa de casos, dar feedback das informações registradas na ficha de notificação para os profissionais e estabelecimentos que notificam os casos. Essas são algumas das ações que podem ser realizadas na redução dos casos subnotificados.

Além disso, recomenda-se maior integração entre a Segurança Pública e a Saúde a fim de aprimorar as informações de óbito por homicídio no Sistema de Informação de Mortalidade, para diminuir os sub-registros de Declaração de Óbito e aprimorar o preenchimento das causas básicas definidas. Essas ações culminarão no melhor planejamento de políticas públicas, análise e monitoramento dos indicadores relacionados à mortalidade.

Recomenda-se investimento na formação acadêmica dos profissionais quanto ao preenchimento da declaração de óbito e da ficha de notificação, explicitando a importância de ambos os documentos na geração de dados para análise do perfil de morbimortalidade da população.

Dessa forma, espera-se que este estudo contribua para reforçar a importância do SINAN como fonte inesgotável de informações sobre a violência contra as mulheres, e que deve ser utilizado para o planejamento de ações de vigilância, assistência, prevenção e promoção à saúde das mulheres. Além disso, contribua também para sensibilizar os técnicos, profissionais e gestores sobre a importância de investir na vigilância das violências contra as mulheres, por meio da notificação dos casos e ampliação das ações de enfrentamento a essas violências. Reconhecer o papel de cada um na rede de proteção à violência contra as mulheres é primordial para fomentar debates sobre o tema e ações eficazes de combate a todas as formas de violência.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M. B. *et al.* Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-142, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/fyDMwnQ7LvKkDrd7MqhzfNq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2021.
- ALI, T. S.; KRANTZ, G; MOGREN, I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan. **Int J Womens Health**, [S. l.], v. 4, p. 577-585, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23152709/>. Acesso em: 25 jun. 2021.
- ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. *In*: ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 13-28.
- ASSIS, L. N. D. **A implantação do projeto estadual de fortalecimento da vigilância em saúde em municípios de Minas Gerais**: análise da sua contribuição para o processo de integralidade da atenção. 2017. 125 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2017.
- AZAMBUJA, M. P. R; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de Direitos Humanos e de saúde pública. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 449-469, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/5897/5341>. Acesso em: 25 jun. 2021.
- BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. Vinte anos da convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 501-517, maio/ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/wYWJZYQrcvnxVjx6q88M6f/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.
- BELO HORIZONTE. **Lei nº 23.144**, de 14 de dezembro de 2018. Institui o dia estadual de combate ao feminicídio. Belo Horizonte: [s. n.]. 2018. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-23144-2018-minas-gerais-institui-o-dia-estadual-de-combate-ao-feminicidio>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- BRAGA, J. U.; WERNECK, G. L. Vigilância epidemiológica. *In*: MEDRONHO, R. D. A., *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 5.
- BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília, DF: [s. n.], 2001. p. 163-169.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei Maria da Penha**: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Centro de Documentação e Informação: Edições Câmara, 2010. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/18/984/Lei-maria-da-penha-11340.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191, p. 32, 05 out. 1988.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 10 mar. 2015a.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, República, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 28 jun. 2021.

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

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 2006.

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**: seção 1, Brasília, DF, jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doe_ncas_cronicas.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/16/instrutivo-ficha-sinan-5-1--vers--o-final-15-01-2016.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 6 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936/2004, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de jan. 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 [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 13, de 19 de abril de 2021. Torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 235, 2021a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-13-de-19-de-abril-de-2021-315184219>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças [...]. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 78, de 18 de janeiro de 2021**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-78-de-18-de-janeiro-de-2021-299578776>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil – 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. 386 p. Disponível em:

<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2015-2016-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-da-epidemia-pelo-virus-Zika-e-por-outras-doencas-transmitidas-pelo-Aedes-aegypti.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-net)**. [S. l.: s. n.], [20--]. (Programa de computador).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva**: instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_a_utoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva**: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Agenda estratégica de prevenção do suicídio: sistema de informação de mortalidade**. Brasília, DF: Ministério de Saúde, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO): histórico de alterações da CBO**. [S. l.], [201-]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/downloadsHistorico.jsf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 104 p.

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. Brasília, DF: Presidência da República. 2017c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília, DF: Presidência da República, 2013.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2008b.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Assessoria de Comunicação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011b. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 28 jun. 2021.

CALAZANS, M.; CORTES, L. O processo de criação, aprovação e implementação da Lei Maria da Penha. *In*: CAMPOS, C. H. (org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. [Rio de Janeiro]: Lumen Juris, 2011. p. 39-63.

CAMPBELL, J. C. *et al.* Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 93, n. 7, p. 1089-1097, jul. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447915/pdf/0931089.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

CERIONI, C. **Menino veste azul e menina veste rosa, diz Damares em vídeo: ministra falou ainda que o Brasil vive agora "uma nova era" internautas reagiram**. [S. l.]: Exame, 2019. Disponível em: <https://exame.com/BRASIL/MENINO-VESTE-AZUL-E-MENINA-VESTE-ROSA-DIZ-DAMARES-EM-VIDEO/>. Acesso em: 27 jun. 2021.

CERQUEIRA, D. R. C.; MELLO, J. M. P. **Menos armas, menos crimes**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, mar. 2012. 55 p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/4274-td1721.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da Violência 2019**. [S. l.]: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019. 115 p.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da Violência 2020**. [S. l.]: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. 91 p.

CHAUÍ, M. Ética, política e violência. *In*: CAMACHO, T. (ed.). **Ensaio sobre violência**. Vitória: Edufes. 2003. p. 39-59.

CORREIA, L. O. D. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 11, p. 4467-4478, nov. 2014.

CÔRTEZ, G. R. Violência doméstica: centro de referência da mulher "Heleieth Saffioti". **Estud. sociol.**, Araraquara, v. 17, n. 32, p. 149-168, 2012. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/4932/4121>. Acesso em: 25 jun. 2021.

DELZIOVO, C. R. *et al.* Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 1-12, 2018.

DELZIOVO, C. R. **Violência sexual contra a mulher: características, consequências e procedimentos realizados nos serviços de saúde, de 2008 a 2013, em Santa Catarina.** 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: UERJ: IMS, 2010. p. 63-90.

FERNANDES, V. D. S. Violência contra a mulher no Brasil e no mundo. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, ano 15, n. 38, p. 45-58, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/211912385.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

FONSECA, D. H. D.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicol. Soc.**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 307-314, ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/bJqkynFqC6F8NTVz7BHNt9s/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

GALEY, M. E. Promoting nondiscrimination against women: the UN commission on the status of women. **International Studies Quarterly**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 273-302, jun. 1979. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2600245>. Acesso em: 27 jun. 2021.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

GHERARDI, N. Violência contra mulheres na América Latina. **Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos**, [S. l.], v. 13 n. 24, p. 126-136, 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/12-sur-24-por-natalia-gherardi.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

GONSAGA, R. A. T. *et al.* Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev. Col. Bras. Cir.**, [S. l.], v. 39, n. 4, p. 263-267, ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/LHYjWm5Bc68ngyd3PgnmCb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2021.

GUARNIERI, T. H. Os direitos das mulheres no contexto internacional – da criação da ONU (1945) à Conferência de Beijing (1995). **Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery**, [S. l.], n. 8, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://re.granbery.edu.br/artigos/MzUx.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 256-266, ago. 2015.

HAAGSMA, J. A. *et al.* The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the global burden of disease study 2013. **Inj Prev**, [S. l.], v. 22, p. 2-18, ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil: Minas Gerais. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 27 jun. 2021.

JESUS, T.; MOTA, E. Fatores associados à subnotificação de causas violentas de óbito. **Cad. Saúde Colet.**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 361-370, 2010.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWwVVSXcjQzzbDH3vyWv3KC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

KRUG, E. G. *et al.* (ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. **Cienc. Saude Colet**, [S. l.], v.10, n. 2, p. 419-431, 2010.

LEGISLAÇÃO Mineira. **Decreto nº 47.761**, de 20 de novembro de 2019. [Belo Horizonte]: [s. n.], 2019. Disponível em: https://social.mg.gov.br/images/Diretorias_regionais/decreto_47067.pdf. Acesso em: 29 jun. 2021.

LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F. A.; SILVA, Z. P. S. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015.

MACHADO, L. Z. **Feminismo em movimento**. São Paulo: Simplissimo Livros, 2010.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e estados: análise das estimativas do estudo carga global de doença, 1990 e 2015. **Rer. Bras. Epidemiol.**, [S. l.], v. 20, p. 142-156, maio 2017. Supl. 1.

MALTA, D. C. *et al.* Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 14, n. 5, p. 1669-1679, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Rvpf6xdNYCqwtYwSRjMfDjz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MARQUES, E. S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 1-6, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGp6sxJsX6Sftx/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MATTOS, P. R. D.; RIBEIRO, I. D. S.; CAMARGO, V. C. Análise dos casos notificados de violência contra mulher. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 738-744, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648965019.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MEDEIROS, M. M. C.; ABREU, M. M. Epidemiologia Clínica. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (ed.). **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 8.

MELO, C. M. D.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbitos. **Ciênc. saúde coletiva**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 1225-1234, maio 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n5/1225-1234/>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MELO, C. M. *et al.* Qualidade da informação sobre óbitos por causas externas em município de médio porte em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1999-2004, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pMxZCZ6xmDYvC5by8nSzvrC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MESSIAS, K. L. M. *et al.* Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 1255-1267, abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S4QsYvNTjmB5M4Lgd5yQKjK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MINAS GERAIS. Centro Integrado de informações de Defesa Social. **Diagnóstico de violência doméstica e familiar contra a mulher em Minas Gerais 2013-2015**. Belo Horizonte: Sistema Integrado de Defesa Pessoal, mar. 2016c. Disponível em: http://www.seguranca.mg.gov.br/images/Diagnostico_Mulheres/Diagnostico_mulher_completo.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 22.971, de 24 de agosto de 1983**. Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual da Mulher. Belo Horizonte: [s. n.], 1983.

MINAS GERAIS. **Diagnóstico da violência doméstica e familiar contra a mulher nas Regiões Integradas de Segurança Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Diretoria de Estatística e Análise Criminal, fev. 2021.

MINAS GERAIS. Lei nº 22.256, de 26 de julho de 2016. Institui a política de atendimento à mulher vítima de violência no estado. **Diário Oficial do Executivo**, Belo Horizonte, 27 jul. 2016a.

MINAS GERAIS. Lei nº 58, de 29 de janeiro de 2003. Dispõe sobre a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Esportes e dá outras providências. **Diário do Executivo**, Belo Horizonte, 2003.

MINAS GERAIS. **Plano decenal de políticas para mulheres**. Belo Horizonte: Subsecretaria de Políticas para Mulheres, 2018.

MINAS GERAIS. **Resolução nº 6.949, de 04 de dezembro de 2019**. Institui o repasse de incentivo financeiro, de forma complementar, para implantação dos Núcleos Intersectoriais de prevenção da violência e promoção da paz em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2019b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_6949.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

MINAS GERAIS. **Resolução nº 6.988, de 26 de dezembro de 2019**. Institui o repasse de incentivo financeiro, de forma complementar e em caráter excepcional, para estruturação da Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Acidentes, Violências e Doenças Crônicas Não Transmissíveis). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2019c. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_6988.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 3.607 de 28 de Janeiro de 2013**. Institui o Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura da Paz no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais / SES-MG. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=13379-resolucao-ses-n-3607-de-28-de-janeiro-de-2013. Acesso em: 28 jun. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais. **Resolução SES/MG nº 6.648, de 20 de fevereiro de 2019**. Prorroga a vigência e inclui um período de monitoramento do programa de monitoramento das ações de vigilância em saúde, nos termos da Resolução SES/MG nº 5.484, de 17 de novembro de 2016 e dá outras providências. Belo Horizonte, 2019a. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%206648.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

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/SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Portal da vigilância em saúde: tabulador de informações de saúde TABNET**. [S. l.: s. n.], 2017a. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/informacoes-de-saude/informacoes-de-saude-tabnet-mg/>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Portal da vigilância em saúde: path de atualização SINANNET 5.3**. 2017b. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/patch-de-atualizacao-sinannet-5-3/>. Acesso em: 27 jun. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES nº 3.152, de 14 de fevereiro de 2012**. Aprova o edital de convocação para adesão dos municípios

ao projeto de fortalecimento da vigilância em saúde no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: [s. n.], 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **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: [s. n.], 2016b.

MINAS GERAIS. Sistema Integrado de Defesa Social. **Diagnóstico de violência doméstica e familiar nas regiões integradas de segurança pública de Minas Gerais**. Belo Horizonte: [s. n.], 2016. Disponível em: http://www.seguranca.mg.gov.br/images/2020/Maio/Diagnosticos/Diagnostico_mulher_completo2015.pdf. Acesso em: 28 jun. 2021.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. NJAINE, K.; GONÇALVES, S. A.; CONSTANTINO, P. (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: EAD/ENSP, 2013. p. 21-42.

O ÍNDICE de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Brasília: PNUD: IPEA: FJP, 2013. 96 p. (Série Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dados de violência contra a mulher folha informativa: violência contra as mulheres 2017**. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 27 jun. 2021.

PINTO, I. V. *et al.* Adolescências feridas: retrato das violências com arma de fogo notificadas no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, [S. l.], v. 23, p. 1-3, 2020. Supl. 1.

PINTO, I. V. *et al.* Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 975-985, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kqJ68Zy9WLBGW7wfbWPLJkF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

PIOVESAN, F. A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres. **Cadernos jurídicos**, São Paulo, ano 15, n. 38, p. 21-34, jan./abr. 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

RIBEIRO, N. M. **Análise dos sistemas de informação em saúde SIM e SINAN em relação ao Suicídio na cidade de Uberaba/MG**. 2016. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção**. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016. 88 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

RODRIGUES, A. D. **Quotidiano de mulheres que vivenciam a violência doméstica: contribuições para um cuidar sensível na enfermagem e saúde**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RODRIGUES, E. A. S. *et al.* Violência e atenção primária à saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 55-66, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HLjWFM7fqNPWS6c5QvkQtyM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do sistema de informações sobre nascidos vivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300028. Acesso em: 27 jun. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos pagu**, [S. l.], v. 16, p. 115-136, 2001.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987. 120 p.

SILVA, R. M. *et al.* Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. **Rev Bras Enferm [Internet]**, [S. l.], v. 71, p. 807-815, 2018. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FKpSmdnPbBcxrjMvFNFBx3J/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SOUZA, V. M. M. *et al.* Avaliação do sistema nacional de vigilância epidemiológica da leptospirose: Brasil, 2007. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-105, jan./mar. 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%209-a.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

TAVARES, L. A.; CAMPOS, C. H. A convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”, e a lei Maria da Penha. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 6, n. 3, p. 9-18, fev. 2018.

UN WOMEN. **Prevention and access to essential services to end violence against women**. New York: [s. n]. 2016. Disponível em: <https://www.unwomen.org/>

/media/headquarters/ attachments/sections/library/publications/2014/brief-essential%20services-web.pdf? vs=2301P. Acesso em: 27 jun. 2021.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S173-S182, 2008. Supl. 1. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/27176/2/RegistroSa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 5, p. 1263-1272, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63026340007>. Acesso em: 25 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and violence: the facts**. [S. l.: s. n.], 2014. Disponível em: [http:// apps.who.int/iris/handle /10665/149798](http://apps.who.int/iris/handle/10665/149798). Acesso em: 27 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva: [s. n.], 2005. 206 p. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>. Acesso em: 27 jun. 2021.

ANEXO A – Ficha de Notificação de 2008

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação	
	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Y09		
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência
	8 Nome do paciente				9 Data de nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	Dados Complementares				
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação			
					33 Relações sexuais
Dados da Ocorrência	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	1-Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado		
	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)		38 Distrito
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
Dados da Ocorrência	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3		44 Geo campo 4
	45 Ponto de Referência		46 Zona	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	48 Local de ocorrência	07 - Comércio/serviços	49 Ocorreu outras vezes?		
01 - Residência	04 - Local de prática esportiva	08 - Indústrias/construção	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
02 - Habitação coletiva	05 - Bar ou similar	09 - Outro			
03 - Escola	06 - Via pública	99 - Ignorado	50 A lesão foi autoprovocada?		
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____	52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____	54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	
Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____	
Dados do provável autor da agressão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 89 - Ignorado	
Encaminhamento	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	
Informações complementares e observações	61 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
Notificador	63 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____	
65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____		
68 Classificação final 1- Confirmado <input type="checkbox"/> 2- Descartado <input type="checkbox"/> 3- Provável <input type="checkbox"/> 8- Inconclusivo <input type="checkbox"/> 69 Evolução do caso 1- Alta <input type="checkbox"/> 2- Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 3- Óbito por Violência <input type="checkbox"/> 4- Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 70 Se óbito por violência, data _____ 71 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____		
TELEFONES ÚTEIS Disque-Saúde 0800 61 1997 Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ Nome _____ Função _____ Assinatura _____ Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008		

ANEXO B – Ficha de Notificação de 2015

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

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

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espandamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			