

ODILLE REGINA BAPTISTÃO MAZZETTO

O SOFRIMENTO CONTA? ANÁLISE DA QUALIDADE DOS DADOS DE
VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA, 2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ODILLE REGINA BAPTISTÃO MAZZETTO

O SOFRIMENTO CONTA? ANÁLISE DA QUALIDADE DOS DADOS DE
VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA, 2021

ODILLE REGINA BAPTISTÃO MAZZETTO

O SOFRIMENTO CONTA? ANÁLISE DA QUALIDADE DOS DADOS DE
VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Fátima de Sousa - (presidente)
Universidade de Brasília

Profª Drª Lourdes Maria Bandeira
Universidade de Brasília

Profª Drª Claudia Mara Pedrosa
Universidade de Brasília

Profª Drª Rackynelly Alves Sarmiento Soares
Universidade Federal da Paraíba

AGRADECIMENTOS

Em especial para Joseane, a mulher que escolhi para caminhar junto, que sempre esteve ao meu lado, acreditando no meu potencial e me suportando em minhas decisões. Agradeço seu cuidado, seus ensinamentos, sua paciência, perseverança e todo seu amor.

Às amigas Ana e Valéria por terem acreditado no meu potencial e me incentivado a entrar no mestrado.

À Professora Daes pelo acolhimento e disponibilidade.

À Soraya e à Elenild por terem me aberto portas, à sua generosidade, amorosidade, paciência e muitos momentos felizes.

Aos amigos Paulo Antonio e Jades pelo abrigo, carinho e tantos sorrisos partilhados.

À Melissa Jaeger pelo cuidado gentil e sincera escuta.

À Professora Lourdes Bandeira por todo conhecimento partilhado e paciência.

À Professora Cláudia Pedroza por toda colaboração, sempre muito leve e verdadeira.

À Professora Glória de Lima pela oportunidade, companheirismo e momentos de diversão.

À Professora e orientadora Fátima por acreditar no meu potencial, me compreender, me incentivar e abrir portas nesse caminho acadêmico.

RESUMO

Introdução: A violência de gênero é um fenômeno mundial e está relacionado às desigualdades baseadas na condição do sexo e em marcadores, como: raça, classe, orientação sexual, identidade de gênero e outros. No âmbito da saúde a violência é notificada por meio da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada com preenchimento de caráter obrigatório, imediato e institucional em todo país. Infelizmente, além da subnotificação, as informações da ficha carecem de completude, o que pode interferir na caracterização do perfil epidemiológico da população e na construção de políticas, serviços e ações em saúde focadas nas diversas mulheres em situação de violência. **Objetivos:** análise da qualidade do preenchimento da ficha de notificação de violência (SINAN) de mulheres adultas que sofreram violências por homens para o estado do Distrito Federal (DF) entre os anos de 2009 a 2017. **Método:** foram selecionadas 12.759 fichas de notificação de mulheres entre 20 a 59 anos que sofrem violências por homens. Os resultados encontrados para o DF foram contrastados com o estado que obteve no mesmo período a maior e a menor taxa de notificação de violência, o Mato Grosso do Sul e o Sergipe. Foi analisada a completude de preenchimento total e seu grau e a completude de preenchimento ao longo dos anos (2009 a 2017). No primeiro, foram utilizadas estatísticas descritivas e quanto à qualidade do grau de completude, utilizado o referencial de Romero e Cunha (2002). Para os autores, o grau pode ser considerado excelente (> 95%), bom (90% a 95%), regular (90% a 80%), ruim (80% a 50%) e muito ruim (<50%). Para o segundo item foram utilizadas estatísticas descritivas e modelo de regressão linear. **Resultados:** o DF apresenta constância de completude entre os anos de 2009 a 2016, entretanto no ano de 2017 é o estado que apresentou maior crescimento de completude. Quanto ao grau de completude o DF se assemelha mais ao estado que menos realiza notificação, o SE. Para todos os estados, as variáveis Orientação Sexual, Identidade de Gênero, Ciclo de Vida do provável autor de violência e Encaminhamento tiveram seu preenchimento categorizados como “muito ruins” ou “ruins”. Ao comparar o grau de completude para todas as UF's por perfil das mulheres, do autor e de violência, foi possível observar que o perfil das mulheres é o que possui maior grau de completude “muito ruim”, com

ao menos 20% de diferença para o perfil de violência e do autor da agressão.

Conclusão: Faz-se necessário a efetividade da educação permanente em saúde para a temática de mulheres em situação de violência, bem como o monitoramento da qualidade da ficha de notificação e avaliação epidemiológica para o Distrito Federal. Isso pode garantir que os dados advindos da ficha de notificação possam representar fidedignamente todas as mulheres em situação de violência, sejam elas negras, pobres, lésbicas ou transexuais. Assim, a equidade e a integralidade sairá do papel e alcançará a vida dessas mulheres.

Palavras-chave: Violência de gênero; Violência Doméstica; Qualidade da Informação; Serviços de Saúde para Mulheres; SINAN.

ABSTRACT

Introduction: Gender violence is a worldwide phenomenon, and it is related to inequalities based on sex and traits, such as race, class, sexual orientation, gender identity, and others. In the healthcare field, interpersonal / self-inflicted violence notification is mandatory and immediate in all states. Unfortunately, besides underreporting, the notification usually lacks completeness, which can interfere in the characterization of the population's epidemiology profile and the building of health policies, services, and actions focused on several women under violence situations.

Objectives: Analyzes of quality of data in the System for the Reporting of Notifiable Conditions (SINAN) in the Federal District (DF) state from 2009 to 2017, about adult women who suffered violence perpetrated by men. **Method:** It was collected 12,759 notifications about women aged 20 to 59 years. The DF results were contrasted with the states, which obtained the highest and lowest rate of notification of violence in the same period, Mato Grosso do Sul and Sergipe. The total completeness, completeness degree, and longitudinal analyzes were analyzed over the years (2009 to 2017). Descriptive statistics performed the total completeness, and the degree of completeness was done according to Romero and Cunha (2002). For the authors, the degree can be considered excellent (> 95%), good (90% to 95%), fair (90% to 80%), poor (80% to 50%) and very poor (<50%). For the longitudinal analysis, descriptive statistics and a linear regression model were used. **Results:** The DF shows the inconsistency of completeness between the years 2009 to 2016. However, it is the state that the greatest growth completeness in 2017. Concerning the degree of completeness, DF is more similar to the state with less reporting, SE. For all states, the Sexual Orientation variable, Gender Identity, Life Cycle of the perpetrator of violence, and Referrals were categorized as "very bad" or "bad". When comparing the degree of completeness for all estates by the profile of women, author, and violence, it was observed that the women profile had the highest degree of incompleteness, categorized by "very bad" - with at least 20% difference for the profile of violence and the perpetrator of the aggression. **Conclusion:** The effectiveness of permanent health education about women in violence situations is essential for better health professionals' assessment. Also, increase the monitoring quality data of the Federal District's notification form will result in a real epidemiological assessment. These can

ensure that the data from the notification form can faithfully represent all women in situations of violence, whether they are black, poor, lesbian, or transsexual. Therefore, equity and integrality stop being theory and reach the lives of these women.

Keywords: Genders Violence; Domestic Violence; Quality of Information; Women's Health Service; SINAN.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Fluxograma de tipologias e naturezas de violências.....	26
FIGURA 2 - Fluxo da Ficha de Notificação para Inserção no SINAN-NET.....	70
FIGURA 3 - Fluxo de Informações do SINAN.....	71
FIGURA 4 – Clusterização das unidades federativas do Brasil segundo a taxa de violências registradas no SINAM entre os anos de 2009 a 2017.....	76
FIGURA 5 - Percentual médio do grau de completude por tipo de preenchimento da ficha de notificação para DF, MS e SE entre os anos de 2009 a 2017.....	87
FIGURA 6 - Percentual médio do grau de completude segundo perfil para DF, MS e SE entre os anos de 2009 a 2017.....	89
FIGURA 7 - Percentual do grau de completude para DF, MS e SE entre os anos de 2009 a 2017.....	90

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição de frequência considerando as faixas etárias adotadas na presente pesquisa.....	78
TABELA 2 - Total percentual e absoluto de completude e incompletude das variáveis por ano e uf e análise do grau total de completitude das variáveis.....	84
TABELA 3 - Distribuição de frequência da completitude das variáveis por ano e UF...91	
TABELA 4 – P-valor e coeficiente de explicação para regressão quadrática para os três estados.....	98
TABELA 5 – Perfil epidemiológico de violência para o distrito federal entre os anos de 2009 a 2017.....	99

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Portarias, Decretos e Resoluções no Distrito Federal.....	56
QUADRO 2 - Centro de especialidade para atenção às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica (CEPAV) com seus respectivos serviços oferecidos, área de abrangência e Núcleo de Prevenção e Assistência à Violência (NUPAV).....	57
Quadro 3 - Taxa de violências registradas no sistema do SINAN entre os anos de 2009 a 2017 por Unidade Federativa (UF).....	75
QUADRO 4 - União das variáveis para encaminhamentos.....	79
QUADRO 5 - Variáveis selecionadas para estudo por perfil das mulheres, de violência e do autor.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de internação hospitalar
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEPAV	Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
CGGIE	Coordenação Geral de Gestão da Informação Estratégica
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde
CNS	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação
DF	Distrito Federal
DO	Declaração de Óbito
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GEDANT	Gerência de doenças e agravos não transmissíveis
GT	Gerência Técnica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
HRAS	Hospital Regional da Asa SUL
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais ou Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexual e todas as diversas orientações
MS	Ministério da Saúde
MS	Mato Grosso do Sul

OMS	Organização Mundial de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPAV	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência
NEPAV	Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência
NUPAV	Núcleos de Prevenção e Assistência à Situação de Violência
NUSC	Núcleo de Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAV	Programa de Prevenção de Acidentes e Violências
PAV	Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências
PIB	Produto Interno Bruto
PIGL	Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRODABEL	Empresa de Processamento de Dados da Prefeitura de Belo Horizonte
RAs	Regiões Administrativas
SAS	Subsecretaria de Atenção à Saúde
SE	Sergipe
SE	Secretaria Executiva
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIC	Serviço de Informação ao Cidadão
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SNIG	Sistema Nacional de Informação de Gênero
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TABWIN	Tabulação de Dados da Saúde para Windows
TABNET	Informação de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa
URD	Unidade de Referência Distrital
VI	Violência Institucional
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DO ESTUDO	26
2.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	26
2.1.1 Breve Explicação sobre Patriarcado, Gênero e Interseccionalidade	28
2.2 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL.....	32
3 CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL	44
3.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO DF.....	45
3.1.1 Perfil de Violência	45
3.1.2 Perfil das Mulheres	45
3.1.2.1 Localidade e Zona de Residência.....	46
3.1.2.2 Raça.....	46
3.1.2.3 Escolaridade.....	48
3.1.2.4 Idade, Situação Conjugal, Orientação Sexual e Identidade de Gênero.....	49
3.2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO DF.....	50
4 SISTEMAS E INSTRUMENTOS PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIOLÊNCIA	59
4.1 SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA)	60
4.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN).....	62
4.2.1 Extração e Manipulação dos Dados do SINAN	65
4.3 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL.....	66
4.3.1 Inserção da Ficha de Notificação no SINAN-NET	68
4.4 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO.....	71
5 OBJETIVO	74
6 MÉTODOLOGIA	74
6.1 DEFINIÇÃO DOS ESTADOS PARA PARÂMETRO.....	74
6.2 SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS PARA ESTUDO.....	76
6.2.1 Idade	77
6.2.2 Grau de relacionamento dos autores com as mulheres	79

6.2.3 Seleção da Variável Sexo e Discussão de Gênero.....	80
6.2.4 Análise Estatísticas dos Dados.....	81
7 RESULTADOS.....	83
7.1 GRAU DE COMPLETUDE ENTRE VARIÁVEIS OBRIGATÓRIAS E ESSENCIAIS.....	83
7.2 GRAU DE COMPLETUDE ENTRE VARIÁVEIS QUE DESCRIVEM O PERFIL DA MULHER, DE VIOLÊNCIA E DO AUTOR DA VIOLÊNCIA.....	88
7.3 GRAU DE COMPLETUDE: DIFERENÇA PARA O DF EM RELAÇÃO A SE E MS.....	89
7.4 COMPLETUDE AO LONGO DOS ANOS.....	96
8 DISCUSSÃO.....	103
8.1 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL.....	104
8.2 INTERSETORIALIDADE E ROTA CRÍTICA.....	105
8.3 PROFISSIONAIS DE SAÚDE: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL.....	107
8.4 COMPLETUDE DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO.....	109
8.5 ESTRUTURA DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO.....	111
8.6 ACESSO E MANIPULAÇÃO DA BASE DE DADOS.....	112
9 CONSIDERAÇÃO FINAL.....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
APÊNDICES.....	134
APÊNDICE A	FIGURAS DE ÁRVORES DE DECISÃO PARA VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E SEXUAL NAS UF'S
APÊNDICE B	RAZÕES DE CHANCES PARA VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E SEXUAL NAS UF'S
APÊNDICE C	SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS
APÊNDICE D	VARIÁVEIS UTILIZADAS PARA FILTRAGEM
APÊNDICE E	PROCESSO DE FILTRAGEM
APÊNDICE F	VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA ESTUDO
ANEXOS.....	165
ANEXO 1	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA DO SINAN

APRESENTAÇÃO

Minha primeira oportunidade de trabalho como psicóloga foi no CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social, em uma região de vulnerabilidade. Lá, trabalhei por quase 3 anos e tive a oportunidade de conhecer diversas mulheres, em suas culturas, histórias, mortes e superações.

Deparei-me na prática com a espiral de violência, com as relações de poder estabelecidas em diversas situações específicas e suas interseccionalidades. Dentre tantas experiências compartilhadas, aprendi com elas inúmeras formas de resistir e existir.

Todas essas vivências de trabalho foram impulsionadoras para o interesse do estudo sobre a violência de gênero. A violência de gênero é um fenômeno mundial e está relacionado às desigualdades baseadas na condição do sexo e em marcadores, como: raça, classe, orientação sexual, identidade de gênero, idade e outros.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estimativas globais apontam que uma em cada três mulheres, aproximadamente 35%, sofrem alguma violência, principalmente por parceiro íntimo. A violência de gênero em situação mais exorbitante é o feminicídio, sendo, portanto, o assassinato de mulheres, motivado nas desigualdades de poder entre os gêneros, ou seja, homens cometem violência contra as mulheres para suprir seu desejo de obtenção de poder, dominação e controle. Segundo dados Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cerca de 38% das mulheres assassinadas são vítimas do feminicídio (OPAS, 2021).

Para além das desigualdades relacionadas ao gênero, há também as disparidades entre raça, classe, orientação sexual e outros. Segundo o Atlas da Violência (CERQUEIRA; BUENO, 2020), o feminicídio em mulheres negras aumentou 12,4% entre 2008 a 2018, enquanto as mulheres não negras apresentaram uma queda de 11,7%. Relacionado a questão da classe, segundo a OMS, o baixo nível de escolaridade representa um fator de risco para a ocorrência de violência.

Ademais, outra particularidade relacionada à violência de gênero, seriam os dados de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais (LBT). Revisão sistemática, baseada em 74 estudos nacionais e internacionais, indica que o preconceito e a discriminação relacionados à identidade de gênero e à orientação sexual, são expressos na alta prevalência de violência física e sexual contra a população LGBTQIA+ (MENEZES *et al.* 2021). O Atlas da violência, aponta o crescente

homicídio dessa população entre os anos de 2011 a 2018, com um aumento de 88% do ano de 2017 para 2018 (CERQUEIRA; BUENO, 2020).

Portanto, compreender opressões e subalternidades vividas pelas mulheres, para além de um sistema patriarcal, mas também racista, colonial e classista, como exemplo, permite atender as demandas de mulheres diversas por saúde, segurança, justiça, bem estar e outros (BANDEIRA, 2014).

Enquanto a prática profissional no CREAS despertou o interesse pela temática, a experiência de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), colaborou para eu reconhecer que o âmbito da saúde seria minha área de atuação. Trabalhar com profissionais de forma efetiva enquanto equipe multiprofissional para o acolhimento humanizado das pessoas, tendo como norte a equidade e a integralidade foi um sonho concretizado. Ao mesmo tempo, vivenciei a realidade das mulheres em situação de violência por outra perspectiva.

No CREAS eu via na prática o quanto a violência atinge drasticamente a saúde mental. Mulheres em circunstâncias de violências, acabam se expondo mais ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, como por exemplo transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, somatizações, tentativas de suicídio e uso de substâncias psicoativas (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017). Os danos causados da violência afetam a qualidade de vida das mulheres e de suas relações com familiares, comunidade e trabalho (SANTOS *et al.* 2020).

Já no NASF, eu experienciei mais intensamente o quanto as mulheres são afetadas em sua saúde física, sexual e reprodutiva. Das mulheres em situação de violência, 42% relatam lesões como feridas, fraturas e luxações. Para a violência sexual, além dos riscos físicos e emocionais, também apresentam o risco para infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites virais, infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez indesejada, aborto, dentre outros (MENEZES *et al.* 2021).

Na área da saúde a temática de violência foi devidamente reconhecida enquanto um grave problema de saúde com forte impacto na morbimortalidade da população, por meio da criação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Ademais, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, os direitos sexuais e reprodutivos passaram a

ser incorporados e houve maior reconhecimento da violência de gênero, seguindo o Movimento Feminista Mundial (MINAYO *et al.* 2018).

Importantes marcos legais como a Lei Maria da Penha representou grandes mudanças para o enfrentamento de violência. E, contribuiu para que na área da saúde fosse formulada a lei da notificação compulsória de violências nos serviços de saúde, rede de serviços especializados para o atendimento de mulheres em situação de violência, dentre outros. Outro marco legal relevante foi a Lei do Femicídio, que também trouxe à luz a importância do cuidado para mulheres em situação de violência na saúde (MINAYO *et al.* 2018).

Nesse sentido, a prática no NASF envolvia juntamente com a equipe multiprofissional, desde o acolhimento, o tratamento, encaminhamento e até a notificação compulsória de violência.

Esta notificação ocorre por meio da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Ela é de âmbito nacional e utilizada para notificar qualquer caso, tanto suspeito quanto confirmado, de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades.

Este instrumento tem o objetivo de levantar informações para amparar no planejamento, monitoramento, avaliação e execução das políticas públicas, com o intuito de reduzir a morbimortalidade decorrentes das diversas formas de violência. A partir disso, promover a saúde, cultura de paz, equidade e qualidade de vida das pessoas que sofrem com situações de violência (BRASIL, 2016).

Ela conta com 69 perguntas distribuídas em dez blocos:

Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor de Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de campos destinados para informações complementares e observações (BRASIL, 2016, p. 29).

As informações para preenchimentos são também divididas entre obrigatórias (30 perguntas), sem o qual não é possível a inclusão da notificação no sistema; e essenciais (39 perguntas) que não é obrigatório mas colabora para a compreensão da notificação e o campo chave que indica o registro no sistema.

Segundo a Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas (Brasil, 2017), as notificações são responsabilidades de todos os profissionais, e não se restringe à uma profissão. Ademais, é indicado que o profissional que atendeu e acolheu a vítima em situação de violência que faça a notificação. Apesar disso, a coordenação dos serviços de saúde, comumente designa o assistente social ou o psicólogo para o preenchimento, ainda que ele não tenha realizado o acolhimento.

Portanto, enquanto profissional da saúde, eu senti a angústia de preencher este questionário na prática. Quando eu realizava o acolhimento, buscava por meio da escuta ativa, colher as informações necessárias para a ficha de notificação. Mesmo assim, 30 questões são de preenchimento obrigatório e me demandava realizar essas perguntas para a pessoa em situação de violência. Isso me causava a sensação de que eu estava fazendo um inquérito e que esse momento poderia gerar violência, mal estar e até facilitar a revitimização.

Apesar de todos os impasses com a notificação de violência, o trabalho na linha de frente da atenção à saúde, foi muito gratificante e contribuiu imensamente para minha carreira profissional e meu desenvolvimento enquanto pessoa. Mas ao passo que eu me aprofundava em políticas, leis, decretos e diretrizes eu tinha o interesse em trabalhar nesse processo e portanto, a tentativa de trabalho ao ministério da saúde se tornou meu foco. Foi então que passei no processo seletivo para trabalhar enquanto consultora no Ministério e deixei contratos e o concurso no interior do estado de Goiás.

Em Brasília, trabalhei na Coordenação Geral de Gestão da Informação Estratégica do Ministério da Saúde - CGGIE/DEMÁS/MS. Foi neste momento que tive maior aproximação com inúmeras bases de dados, para acesso, extração e manipulação de informações. Dentre as bases, destaca-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). O SINAN tem o intuito de coletar e processar dados sobre agravos de notificações, em âmbito nacional.

A inserção de informação na base de dados é fundamental e obrigatória para todos municípios e estados da federação. Essa base é nutrida pela notificação e investigação dos casos de doenças e demais agravos, os quais estão na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Contudo, é facultativo aos municípios e

estados a inclusão de outros problemas de saúde, os quais tenham importância em cada região.

Dentre inúmeros agravos, tem-se a violência, que é alimentado pela Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. A mesma que enquanto profissional na linha de frente da atenção primária à saúde, eu preenchia.

Com acesso a base de dados do SINAN (2009-2017) eu pude observar que 70% (1.091.258) das notificações são de mulheres que sofreram violências, desses 57,9% (635.381) os autores foram homens. Considerando autores homens e vítimas mulheres, 399,393 (64%) são adultas (20 a 59 anos) e 35,2% (217.252) pertencem a outras faixas etárias. As violências mais ocorridas para estas mulheres são violência física (57,3%), sexual (17%) e psicológica (25,3%). Com estes dados fica claro a importância de estudar mulheres adultas que sofrem violências por autores do sexo masculino.

Portanto, eu via claramente a importância do estudo da violência de gênero. Além disso, com a manipulação desses dados, vi ali a oportunidade de estudar/analisar uma base muito conhecida mas pouco ou até mesmo superficialmente explorada, a base de dados do SINAN.

Após o ingresso no mestrado na UnB, em pesquisas realizadas e até mesmo nas disciplinas da professora Lourdes Bandeira sobre Violência e Gênero, observei que pesquisadores e feministas utilizam principalmente a base de dados da Segurança Pública (SSP) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Outra base utilizada, mas com baixa frequência é o Sistema de Informação Hospitalar - SIH. Ou seja, o SINAN que oferece informações sobre MorbiMortalidade em saúde, com descritores do perfil das mulheres, de violência, do autor da agressão e da atuação da saúde é o menos utilizado.

O motivo dos estudos feministas brasileiros utilizarem os dados da SSP é porque ela capta um quantitativo mais próximo da realidade do que quando comparado com outras bases de dados. Outra opção é o uso de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sob a Declaração de Óbito (DO). Tal base é muito utilizada pelo IBGE e Atlas da violência (2017 a 2020), principalmente para levantamento de feminicídio. Outra importante base de dados da saúde para informação epidemiológica é o Sistema de Informação Hospitalar - SIH, que fornece informações por meio da Ata de Internação Hospitalar (ROMIO, 2017).

Por último e o menos utilizado é a base de dados do SINAN para violência. Sendo ela a que apresenta um maior número de descritores demográficos e de contexto quando comparado ao SIM e SIH, com especificidades únicas quanto ao perfil de violência.

Nesse contexto, iniciei a pesquisa do mestrado bastante entusiasmada, pois poderia unir o interesse à temática de violência de gênero, com estudos em saúde coletiva e meu conhecimento em base de dados. Assim fortaleceria o uso do SINAN e a disseminação de suas informações para que mais pesquisadores pudessem subsidiar estudos em violência de gênero.

Considerando a realidade vivenciada nas unidades de saúde seja na atenção primária à terciária, foi selecionado para o estudo um lugar tido como referência no âmbito da saúde para a prevenção e tratamento de mulheres agredidas por violência: o Distrito Federal – DF, conhecido por seu pioneirismo. Para comprovar sua excelência, foi utilizado como parâmetro para o DF, o estado que menos realiza notificações em violências na base de dados do SINAN e o estado que mais efetiva notificação, respectivamente Sergipe e Mato Grosso do Sul.

É importante salientar que esse trabalho não tem a intenção de realizar análises socioeconômicas e culturais a outros estados que não seja o DF. O motivo da seleção dos estados do Mato Grosso do Sul e Sergipe é meramente estatístico. Eles representam grupos de controle científico em que o MS é o estado que proporcionalmente ao quantitativo da sua população, possui a maior quantidade de notificações (controle positivo) e o Sergipe, apresenta o menor número de notificações (controle negativo). Tal estratégia viabiliza um estudo controlado e agrega maior veracidade às conclusões realizadas acerca do DF.

Num primeiro momento, o objetivo do trabalho centrava-se na análise epidemiológica da violência física, sexual e psicológica para o DF tendo o MS e SE como referência de estados com maior e menor taxa de notificação de violência. A ideia era explorar através de modelos estatísticos univariados e multivariados a grande base de dados visando identificar os riscos que cercam as principais violências contra a mulher do DF, analisar as particularidades e especificidades dessas mulheres, georeferenciar-lás para traçar o trajeto para o acesso aos serviços de saúde e suas diferenças e similaridades em relação às mulheres notificadas no MS e SE. No

entanto, alguns obstáculos impediram que esse projeto inicial seguisse, com destaque principalmente para:

- (i) as informações georreferenciadas da base em que os códigos eram referenciados no mapa em locais não condizentes com os serviços de saúde. Para tanto, houve a reorientação da análise e o que conseguiu ser extraído foi a localização dos serviços de saúde, por meio do nome dos serviços. Considerando a alta dimensão da base de dados, essa forma manual de acessar os pontos geográficos inviabilizou a análise. No entanto, dada a devida importância desse tipo de informação e a falta de trabalhos na área, mesmo que manualmente, tem sido desenvolvido um artigo sobre o trajeto de mulheres em situação de violência sexual;
- (ii) o número alto de categorias de variáveis ignoradas e deixadas em branco. Este alto percentual não colaborou com a construção das árvores de decisão. Ao desenhar um diagrama para a compreensão da epidemiologia de violência, nós decisivos foram categorias de variáveis ignoradas e deixadas em brancos, o que torna a interpretação pobre e possivelmente errada. Talvez o uso de modelos mais complexos de inteligência artificial permitam desenhar diagramas mais simples, corretos e fáceis de interpretar. O Apêndice A, mostra todas as árvores de decisão produzidas;
- (iii) a super notificação de casos de violência física. Mais de 70% das notificações de violência de homens contra mulheres são de violência física; ademais a grande maioria das vezes a violência física ocorre ao mesmo tempo que as demais violências, o que do ponto de vista do modelo de regressão logística faz com que os riscos estimados para as outras violências sejam mascarados, isso porque sempre o “grupo controle” (as demais violências) estará inflacionada de mulheres que sofreram a violência física. Tais dados podem ser comprovados ao analisar o Apêndice B em que a violência física apresenta inúmeros fatores de risco, mas a psicológica e sexual em sua maioria, mostra fatores de proteção. Isso mostra que o modelo estava errado. Para tanto,

foi submetido o primeiro artigo sobre fator de risco para violência física no Distrito Federal e descartada as análises para demais violências (APÊNDICE B).

Nesse sentido, o alto percentual de variáveis deixadas em branco e ignoradas impactou diretamente a qualidade do trabalho. Com isso, houve o redirecionamento do trabalho, pois o meu questionamento passou a circundar a qualidade das informações contidas nessa base de dados. Portanto, a questão da pesquisa buscou saber qual a completude da ficha de notificação de violência e seu crescimento entre os anos de 2009 a 2017 para o Distrito Federal?

Essa completude da informação é compreendida como o grau em que registros de um sistema de informação, possuem valores que não podem ser considerados nulos. Logo, ao haver a completude das informações, tem-se os dados necessários por completo, para que se possa responder à questões de determinado problema. (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

Na versão preliminar do Roteiro para Uso do SINAN Net (BRASIL, 2019a), Análise da qualidade dos dados e Cálculo de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais, no ano de 2019, foi utilizado o escore do grau de completude dos registros de informações de Romero e Cunha (2007), dois dos autores mais utilizados para análises de completude de dados na área da Saúde e portanto é o que será utilizado no trabalho.

A completude é avaliada pelo percentual de registros com informação ignorada ou em branco, sendo classificada segundo o escore de Romero e Cunha (2007): excelente ($\geq 95\%$), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ($< 50\%$).

A produção de estudos sobre a completude das informações do SINAN para violência é recente e são poucos os estudos na área. Os estudos de análise de completude da base do SINAN encontrados foram: Violência contra criança e adolescente em Manaus (OLIVEIRA *et al.* 2020), Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência no Brasil (SOUSA *et al.* 2020), Violência sexual em Santa Catarina (DELZIOVO *et al.* 2018), Completude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco (SANTOS *et al.* 2016), Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violência do SINAN em

Recife (ABATH *et al.* 2010). Portanto, o estudo da completude das informações para o Distrito Federal além de promissor dado a importância do estado é inédito.

Este trabalho tem a sua relevância na saúde coletiva, pois compreender a completude das informações poderá contribuir para potencializar o uso da base de dados do SINAN, aprimorar a ficha de notificação para o uso dos profissionais de saúde, bem como, buscar estratégias para garantir um atendimento acolhedor e humanizado para mulheres em situação de violências no Distrito Federal.

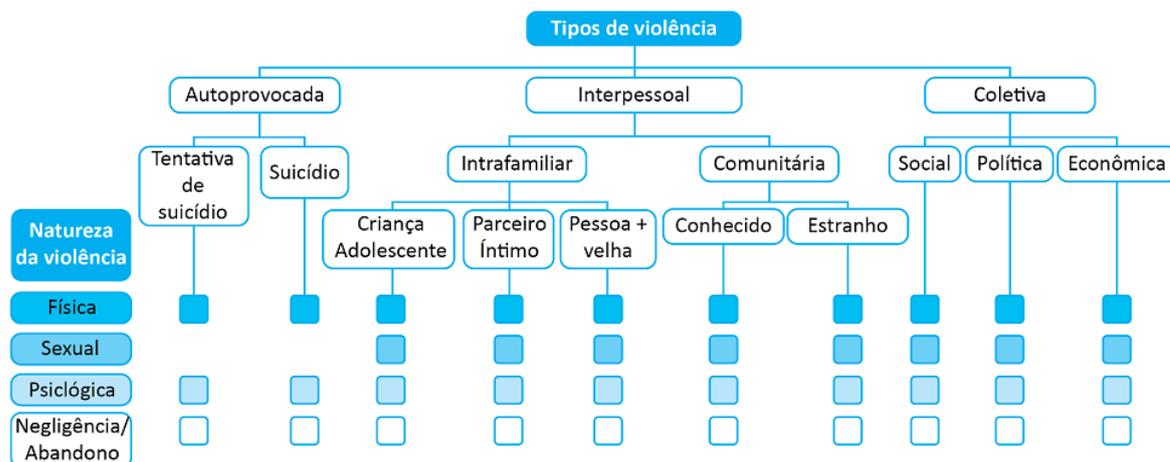
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DO ESTUDO

2.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

No âmbito da saúde, adota-se as definições de violências da Organização Mundial de Saúde – OMS; e nesse aspecto, foi acrescentada a discussão pela perspectiva dos estudos de gênero dos feminismos interseccionais.

A OMS estabelece uma tipologia de violências, diferenciada por quem comete o ato violento, a saber violência contra si mesmo (autoprovocada); violência interpessoal (intrafamiliar e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). Como consta na figura 1.

Figura 1: Fluxograma de tipologias e naturezas de violências.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p.

O presente estudo centra-se em violência interpessoal que é dividida em intrafamiliar e comunitária. A violência intrafamiliar, tem por seus autores membros da família, podendo ser pessoas que assumam função parental mesmo que sem laços de consanguinidade e que desempenhem uma relação de poder ou até mesmo pessoas que convivam no espaço doméstico. Ocorre principalmente no ambiente familiar, mas pode acontecer em outros ambientes e designa toda ação ou omissão

que prejudique o bem-estar, integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família (KRUG et al, 2002).

A violência extrafamiliar/comunitária ocorre entre conhecidos e desconhecidos e no meio social em geral. Seus atos consistem em práticas por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade, vida e/ou a seus bens (KRUG et al, 2002).

Ademais, a OMS estabelece também distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas violência física; psicológica/moral; sexual; financeira/econômica; tortura; tráfico de seres humanos; negligência/abandono; trabalho infantil e intervenção legal. 99% da base de dados do SINAN são de mulheres que sofreram violência física, sexual e psicológica.

Segundo a OMS, a violência física é caracterizada por atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo (BRASIL, 2002). Já, a violência psicológica, pode ser considerada como toda ação ou omissão que causa ou destina-se a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (OLIVEIRA *et al*, 2020). Esta violência tornou-se amplamente conhecida por meio do movimento feminista, como forma de visibilizar a violência cotidiana das mulheres.

A Violência Sexual é compreendida por qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, obriga outra pessoa, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de assédio, estupro, exploração sexual e outros (BRASIL, 2016).

O assédio sexual, foi denominado nos anos 70 pelas feministas da Universidade de Cornell (EUA) e estava mais relacionado ao contexto das relações de trabalho e de comportamentos e atos de homens para as mulheres (ALEMANY, 2015). No Brasil, assédio sexual designa a insistência inoportuna com perguntas, propostas, pretensões ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade

hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual (BRASIL, 2016).

A exploração sexual caracteriza-se pela utilização de pessoas, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (striptease, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet. No caso de pessoas adultas, considera-se exploração sexual quando, nessas situações, não há o consentimento da vítima ou este é obtido com base na força, no engano, na intimidação ou em qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários (agenciamento direto, indução, facilitação) (BRASIL, 2016).

Como visto, a OMS utiliza dos recursos das tipologias e naturezas, como uma forma organizativa para a compreensão das mais diversas violências e o Ministério da Saúde segue esse mesmo padrão em suas cartilhas, políticas, fichas de notificação e outros. Entretanto, essas definições não são suficientes para abranger todas as situações de violência de gênero.

As terminologias da OMS não caracterizam situações específicas de violência que perpassam a condição de gênero, raça/etnia, classe social, entre outras categorias sociais, e suas interseccionalidades, que revelam relações de poder e contextos distintos. Foi por meio do movimento feminista que houve a visibilidade pública e política do fenômeno de violência e de compreendê-lo por uma perspectiva de gênero e suas interseccionalidades (BANDEIRA, 2017).

2.1.1 Breve Explicação sobre Patriarcado, Gênero e Interseccionalidade

O movimento feminista visibilizou as diversas violências sofridas pelas mulheres na sociedade. Inicialmente, a teoria feminista utilizou o conceito de patriarcado para identificar e compreender como o poder dos homens são exercidos em relação às mulheres. O sistema patriarcal é aquele em que a masculinidade e a cisheterossexualidade têm supremacia sobre os demais gêneros (FLEURY-

TEIXEIRA, 2015). Bell Hooks (2018) aborda sobre os benefícios e contrapartidas deste sistema:

“Homens, como um grupo, são quem mais se beneficiaram e se beneficiam do patriarcado, do pressuposto de que são superiores às mulheres e deveriam nos controlar. Mas esses benefícios tinham um preço. Em troca de todas as delícias que os homens recebem do patriarcado, é exigido que dominem as mulheres, que nos explorem e oprimam, fazendo uso de violência, se precisarem, para manter o patriarcado intacto. A maioria dos homens acha difícil ser patriarca. A maioria dos homens fica perturbado pelo ódio e pelo medo de mulher e pela violência de homens contra mulheres, até mesmo os homens que disseminam essa violência se sentem assim. Mas eles têm medo de abrir mão dos benefícios” (HOOKS, 2018, p.10).

Como exemplo das consequências de uma sociedade patriarcal, observa-se os elevados percentuais de violência contra a mulher, como já exposto na dissertação. Além disso, a pobreza no Brasil tem uma face: a da mulher negra (IPEA, 2011).

Isto se dá pela grande negação de oportunidade dada às mulheres diariamente e da reprodução familiar como obrigação social da mulher. Segundo Atas da Conferência Igualdade de Gênero e Mobilidade, “enquanto para os homens a migração e o processo de abandono do lar é mais socialmente aceito, as mulheres migrantes, em muitos casos, passam a estar sozinhas cuidando de toda a casa” (SANTIAGO; BARBOSA, 2020, p. 230). Segundo o “Retrato das desigualdades de gênero e raça no Brasil” (2011), entre 1995 e 2015, o número de lares brasileiros chefiados por mulheres saltou de 23% para 40%. Além disso, enquanto a média dos homens brancos chefes de família com renda de até um salário mínimo é de 39,2%, entre as mulheres negras esse número é 67%, consolidando assim o fenômeno da feminização da pobreza no Brasil e no mundo.

E nesta esteira, Hooks difere a liberdade ao trabalho autônomo do homem e da mulher:

“No patriarcado, os homens sempre tiveram a liberdade de se isolar da família e da comunidade, exercer trabalho autônomo e reingressar no mundo relacional quando quisessem, independente de seu status de classe. (...) Esse mundo patriarcal que apoia e endossa o reingresso do homem na família e na comunidade após algum tempo afastado, pune muitas vezes as

mulheres pela escolha de um trabalho autônomo. Estudos recentes (como *The Second Shift Segundo Turno*) que examinam a natureza de gênero dos afazeres domésticas indicam que as mulheres que trabalham fora continuam a fazer a maior parte do trabalho doméstico” (HOOKS, 1995, p.10).

Com todas essas informações expostas, fica evidente que o sistema sociopolítico de supremacia cisgênero heterossexual masculina branca é uma manifestação material e simbólica da dominação masculina sobre diversas formas de identidade de gênero, orientação sexual e raça, presente nas legislações, instituições, nas religiões, nas famílias e nas sociedades como um todo.

Se por um lado, a compreensão do patriarcado oferece recursos analíticos importantíssimos, como já explicitado, ele também apresenta algumas limitações. Segundo Saffioti, a compreensão do patriarcado pode também legitimar a subordinação das mulheres aos homens, em relações de dominação-exploração e a naturalização da binaridade masculino/feminino (2001).

A autora Navarro-Swain (in STEVENS et al., 2017) demonstra, que a categoria “patriarcado” não contempla, no entanto a atualização necessária no debate teórico-político e prático, haja vista as mudanças ocorridas com os séculos que sucederam seus marcos iniciais. Não há, no entanto, a intencionalidade em descartar produções teóricas importantes mas de encontrar outras explicações em torno do funcionamento nas relações de gênero, assim como a atuação atualizada do viés patriarcal que permeia nosso contexto social, político, cultural e econômico.

Compreender a condição de gênero enquanto ruptura da naturalização da binaridade masculino/feminino na realidade social e as interseccionalidades enquanto categorias analíticas importantes para entender como os sistemas discriminatórios, criam desigualdades sociais básicas, foram essenciais para dar conta de subalteridades emergentes na sociedade. Tais vieses analíticos permitem compreender as relações de poder em maior complexidade e dinamicidade do que uma análise restrita ao patriarcado ou à ordem patriarcal (SANTOS; IZUMINO, 2005).

A professora e historiadora Joan Scott, uma das mais importantes teóricas por seus trabalhos direcionados à história das mulheres a partir da perspectiva de gênero, ficou notoriamente conhecida após a publicação do seu clássico artigo “Gênero: uma categoria útil para análise histórica” (1995). Nesta obra, Scott critica os usos descritivos de gênero ao associarem apenas questões envolvendo homens e

mulheres, sem que se vá muito além. Ela compreende que a percepção das diferenças sexuais hierarquiza as diferenças em um modo engessado e dual. Para a autora, o corpo é compreendido a partir de um ponto de vista social e que gênero não estaria necessariamente em simetria com o sexo, gênero é aquilo que a sociedade entende com papel esperado de alguém, baseado em seu sexo biológico.

Ademais, Scott expõe que o gênero, através da reflexão sobre as estratégias políticas feministas atuais, deva se renovar, redefinir, reestruturar e ser mais abrangente, na medida em que acolha perspectivas da igualdade política e social, a qual inclui não somente o sexo, mas também, a classe e a raça (SCOTT, 1995).

Siqueira (2008) destaca que a teoria de Scott é a:

“ que melhor permite ao feminismo romper o esquema conceitual das velhas tradições filosóficas ocidentais, que têm construído o mundo de maneira hierárquica, em termos de universos masculinos e especificidades femininas. Destaca que precisa de teorias que permitam articular modos de pensamentos alternativos sobre gênero e que não busque simplesmente reverter ou confirmar velhas hierarquias” (SIQUEIRA, 2008, p. 03).

Enquanto que a reflexão de gênero possibilitou questionamentos para além da condição do sexo, foi com o conceito de interseccionalidade que foi possível capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Nesse sentido, o racismo, o sexismo, o patriarcado, o classicismo, o capacitismo, a xenofobia, a homofobia, entre outros sistemas discriminatórios, criam desigualdades sociais básicas e estruturam as posições relativas a gênero, raça, classe, orientação sexual, entre outras (AKOTIRENE, 2018).

O conceito de interseccionalidade foi sistematizado pela Kimberlé Crenshaw, uma defensora dos direitos civis americanos e uma das principais estudiosas da Teoria Crítica da Raça. Segundo Akotirene, o pensamento interseccional permite questionamentos inobservados pelo feminismo branco e pelo movimento antirracista, o último voltado para os homens negros. Para a autora:

“A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado – produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe,

modernos aparatos coloniais. (...) Interseccionalidade demarca o paradigma teórico e metodológico da tradição feminista negra, promovendo intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares às mulheres negras (AKOTIRENE, 2018, p.14).

Portanto, o estudo da interseccionalidade permite uma maior compreensão sobre violências e contextos vividos, já que a mesma lida com a sobreposição de identidades sociais e as relaciona com os sistemas de opressões existentes. Por exemplo, ao se tratar da violência doméstica, a porcentagem de mulheres negras agredidas é maior que a de mulheres brancas. Então, para que haja a compreensão dessa diferença, faz-se necessário informações quanto a faixa etária, raça, orientação sexual, identidade de gênero, região em que mora, religião, dentre inúmeros fatores que pode contribuir para compreender os diversos sistemas de opressões que afetam essas mulheres (AKOTIRENE, 2018).

2.2 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

O reconhecimento da saúde como um direito do cidadão brasileiro, se deu a partir da Constituição de 1988, o que estabeleceu as bases para o amparo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é fundamentado nos princípios de “universalidade, integralidade e participação social” (PAIM et al. 2011, p. 27). Foi com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que o princípio da integralidade vem à tona nas questões de saúde pública nacionais de forma mais explícita, trazendo consigo as premissas de articulação entre promoção, prevenção, cura e recuperação, garantidos nos três níveis de complexidade de assistência médica, a partir de uma abordagem integral do indivíduo e de suas famílias (PAIM, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como um de seus pontos indispensáveis, a ampliação, qualificação e humanização da atenção por completo à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004).Entretanto, estudos como o de Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), demonstram como, além de questões estruturais e de provimento de pessoal, a organização dos serviços e a prática profissional em si

são atingidos sistematicamente por uma incompletude da oferta de ações e cuidados em saúde para mulheres, ainda que as referências, diretrizes, metas e protocolos sejam amplamente disponibilizados.

Já em relação ao atendimento encaminhado para mulheres vítimas de violência, a deficiência na formação dos profissionais é um ponto de destaque. Tal ponto demonstra, infelizmente, um conhecimento epidemiológico sobre violência leigo e pouco aprofundado, resultando em um atendimento ínfimo à uma lógica biomédica, que apenas medicaliza toda violência sofrida por essas mulheres.

Foi o que encontraram Hasse e Vieira (2014), ao aplicarem 221 questionários e realizarem 23 entrevistas com enfermeiros e médicos que atendem mulheres em situação de violência. Os depoimentos impressionam:

“Se ela quer continuar nessa vida, o problema é dela. Não é meu. O meu problema é suturar o braço dela, certo?” (Médico 12, 57 anos); “Você tenta responder ao que aconteceu com a pessoa, dar conta da agressão, usar algum medicamento, uma coisa talvez mais somática mesmo” (Enfermeiro 1, 55 anos); “(...) ‘fica subnotificado na receita de Diazepan, Fluoxetina. Faz a terapia medicalizante e, de fato, você não sabe o que está acontecendo’ (Enfermeira 10, 45 anos). (HASSE; VIEIRA, 2014, p. 488).

Ou seja, podemos dizer, como visto anteriormente, que a violência institucional se apresenta no modelo de cuidado praticado nas instituições que privilegiam a dimensão biomédica nos tratamentos dos problemas de saúde. Nessa lógica, evidencia-se uma valorização na utilização de tecnologias em detrimento das interações humanas. Como exemplo dessa apreciação, o resultado de um exame tem maior valor do que a fala da mulher sobre a causa de seus sintomas, o seus sofrimentos e suas dores (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017). Assim, ao invés dos recursos tecnológicos (exames, por exemplo) servirem de ferramentas para investigar/subsidiar a demanda trazida por essa mulher, representando um meio para o cuidado, eles acabam se tornando um fim em si mesmos (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

Como apresenta Barros (2002), o modelo biomédico ou mecanicista, no qual se baseia a maior parte da doutrina e da prática da medicina atualmente, possui raízes históricas no contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que o acompanha. A partir desse período, o interesse médico foi sendo transferido, da história da doença, uma abordagem biográfica, para uma descrição clínica dos achados da patologia, nosográfica. Nas palavras do autor:

Durante longo período de tempo, médicos e pacientes tiveram sua atenção voltada para o todo e a interação harmônica das partes. O novo modelo explicativo introduz a gradativa reorientação nos princípios e práticas que irão conformar a nova medicina, sendo mui ilustrativo o modelo mecânico que se erige como analogia para a compreensão do funcionamento do corpo: o relógio e suas engrenagens (BARROS, 2002, p. 74).

Isto é, podemos dizer que o sujeito, sua história, suas percepções, seu entendimento acerca daquilo que o aflige sai de cena, em detrimento de uma mecanização do cuidado, voltada mais para o estudo das patologias que para o indivíduo em si. Tal lógica, desumana e ineficiente, reverbera nas ações dos profissionais. Com isso, o momento de acolhimento, que ocorre por meio de uma escuta sensível e que propicia o vínculo entre o profissional e a mulher, é substituído por uma relação por vezes autoritária, por meio de orientações prescritivas baseada em sinais e sintomas clínicos, à dimensão material da violência. Ou seja, o profissional irá tratar aquilo que está vendo a nível fisiológico, como, por exemplo, uma fratura ou escoriação. Nessas situações, ocorre o tratamento das feridas visíveis dessa mulher, sem sequer haver um acolhimento e escuta sensível, seja para ouvir como ocorreu a fratura ou para diálogos que vão além de um sofrimento palpável (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

Nos casos em que a mulher consegue ter um certo espaço de escuta e expor o que está sentindo, uma alternativa médica dominante é a prescrição de medicamentos. Essas mulheres recebem duas a quatro vezes mais prescrições do que mulheres que não sofrem violência. Busca-se, dessa maneira, acalmar o sofrimento por meio de um silenciamento ao invés de realizar os devidos acolhimento, tratamento e encaminhamento (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

O fenômeno da medicalização se apresenta enquanto expressão das distorções e consequências do modelo biomédico, reducionista e mecanicista. Como apontado por Barros (2002, p. 77), a medicalização “pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial”.

Toda essa ocorrência exorbitante de medicalização se dá devido à expressão de distorções e consequências do modelo biomédico, reducionista e mecanicista. Como apontado por Barros (2002, p.77), esse processo de medicalização “pode ser

entendido como a crescente e elevada dependência de indivíduos e da sociedade como um todo, para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial”.

Herdeira da revolução industrial, que instaura o capitalismo, a medicalização representa a transformação de tudo em mercadoria, baseada no princípio de obtenção de lucro. O medicamento ilustra sobremaneira tais interesses, uma vez que o seu objetivo é interferir nos sintomas ou sinais da doença a partir de uma ilusão, ainda que advinda dos pressupostos técnico-científicos, de que se está realmente agindo sobre esses sintomas e, até mesmo, dominando-os.

Entretanto, as limitações desse modelo biomédico medicamentoso vêm sendo expostas cada vez mais, sendo detectada sua impossibilidade de lidar satisfatoriamente com várias questões, especialmente as que envolvem os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em maior ou menor grau, qualquer enfermidade. Nesse sentido,

mesmo que muitos profissionais cheguem a admitir a existência de componentes de ordem subjetiva ou afetiva que exercem influência mesmo em casos de doenças em que as evidências orgânicas sejam mais explícitas, não se sentem, com frequência, à vontade para lidar com os mesmos, pois para isto, via de regra, não foram preparados. (BARROS, 2002, p. 79).

Em outras palavras, por mais que alguns profissionais busquem se aproximar do paciente como um todo, situando-o em seu contexto socioeconômico e escutando-o enquanto um indivíduo singular, acabam caindo muitas vezes no reducionismo que lhe foi transmitido em sua formação. O que caracteriza o modelo biomédico é justamente a limitação do seu modelo explicativo, que precisa ser confrontado e ampliado a partir de uma visão integral do paciente (BARROS, 2002).

Nesse sentido, as mulheres são ignoradas em sua própria experiência de adoecimento e despersonalizadas em prol de exames e procedimentos médicos em que seus corpos são fragmentados em unidades autônomas de análises (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017). As instituições de saúde se tornam um espaço em que o poder é exercido por meio da dessubjetivação das mulheres (MOREIRA *et al.* 2020).

Entretanto, a violência institucional não apenas se caracteriza no modelo biomédico estruturado nos serviços públicos, mas também na estrutura física desses serviços de saúde. Uma das premissas do Ministério da Saúde para a efetivação do acolhimento nos serviços de saúde é a adequação dos ambientes a fim de garantir a biossegurança no trabalho, mas também conforto, encontros e trocas. Entretanto, é

apontado como “ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública” (BRASIL, 2010, p. 10). Nesse sentido, a falta de locais reservados para um acolhimento respeitoso e privado implica em desconforto tanto do profissional quanto das usuárias (TRENTIN *et al.* 2020).

Nesse encontro inicial de escuta, tão importante no acolhimento e no levantamento de dados para a ficha de notificação, a mulher pode sentir desconforto, frieza/impessoalidade e entender que ali não seria o lugar para a resolução de suas necessidades (VILLELA *et al.* 2011). Isto reflete a importância da dimensão espacial do acolhimento no campo da saúde, pois a privacidade, o conforto e a segurança individual, aliados à escuta sensível, são fundamentais para a organização de práticas de produção de saúde. O que se aproxima da integralidade na atenção e do acolhimento como diretriz da humanização (TRENTIN *et al.* 2020).

O princípio da integralidade, preconizado pelo SUS e garantido pela Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a), depende da capacidade de responder às questões em saúde a partir de uma perspectiva ampliada, sem a segmentação das ações, mas propiciando o acesso aos serviços que incluam ações intersetoriais e práticas colaborativas entre os profissionais. Entretanto, o próprio Ministério da Saúde admite que o grande desafio que se coloca para a construção e efetivação do SUS no Brasil enquanto política pública “é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde” (BRASIL, 2010, p. 10).

No caso do atendimento de mulheres em situação de violência, como aponta Hasse e Vieira (2014, p. 491), “a realidade dos serviços de saúde [...] ainda é bastante insatisfatória e um dos problemas apontados pela literatura seria o despreparo dos profissionais para atender adequadamente às mulheres”. Ou seja, a oferta de atendimento humanizado a essas mulheres nos serviços de saúde ainda é um desafio, resultando em episódios de violência institucional, como apontado anteriormente.

Entre as saídas possíveis para esse quadro destacam-se a mudança na formação dos profissionais, a promoção de uma abordagem inclusiva e emancipatória dos indivíduos e uma revisão das relações público-privadas que integram o SUS. Para Pedrosa e Spink (2011), faz-se necessário a criação de espaços de capacitação,

reflexão e suporte para os trabalhadores em saúde, nos quais haja a segurança necessária para trabalhar com a questão da violência contra a mulher. Além disso,

as mudanças pedagógicas nos currículos do ensino médico são estratégias significativas para o enfrentamento da violência nos serviços, por demandar transformação das concepções e práticas dos profissionais, ainda muito centradas no enfoque biomédico (PEDROSA; SPINK, 2011, p. 124).

Paralelamente, Hasse e Vieira (2014) dão foco ao processo de trabalho em si, que deve possibilitar aos profissionais uma relação dialógica com as mulheres, transformando-as de objetos de intervenção à sujeitos em relação. Segundo as autoras, são relatadas experiências inclusivas e emancipatórias, capazes de uma abordagem integralizante, seja na promoção da saúde, na prevenção à violência ou no cuidado aos danos causados. Tais experiências incluem a autonomia dos sujeitos envolvidos (mulheres e profissionais), além de valorizarem “a capacidade das pessoas de regerem suas próprias vidas”, gerando “intervenções que vão além do mero tratamento dos sintomas associados à violência” (HASSE; VIEIRA, 2014, p. 491).

Por fim, temos a perspectiva da Paim *et al.* (2011), da necessária mobilização política a fim de se reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores públicos e privados no SUS. Para eles, abordar as causas primordiais dos problemas de saúde pode ser a saída para a construção de modelos de atenção mais abrangentes, ainda que as dificuldades sejam de grande porte. Assim, o maior desafio enfrentado pelo SUS seria de ordem política:

Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica. (PAIM *et al.* 2011, p. 28).

Em outras palavras, pode-se dizer que o SUS já conta com uma legislação avançada, que preconiza o atendimento integralizado e humanizado, mas um de seus desafios é justamente a efetivação desses pressupostos. O atendimento a mulheres em situação de violência padece muitas vezes pela falta dessa efetivação de direitos, especialmente se considerarmos os atravessamentos culturais e sociais, que podem colocar a mulher em situações desiguais de poder.

A VI apresenta diversas faces e o modelo biomédico e a estrutura física disponíveis por si só não explicam todas elas. Uma outra dimensão da VI é o preconceito e a discriminação estruturante na sociedade e que também é presenciada na relação entre profissionais de saúde e as mulheres. A discriminação por diferenças socioeconômicas e culturais (sexismo, racismo, classismo, homofobia, transfobia, bifobia entre outros) são expressas pela inacessibilidade a bens e serviços, negligência das necessidades e direitos das mulheres, violência do profissional de saúde com as mulheres, dentre outras situações de constrangimento e violência (VILLELA *et al.* 2011).

O sexismo é expresso tanto no fato dos profissionais de saúde se atentarem menos às variáveis descritoras do perfil da mulher quanto à negligência por uma concepção de naturalização da violência, e também declarações moralistas culpabilizando a mulher pelo o que aconteceu. A naturalização da violência é compreendida como um “destino feminino”. Essa forma de conceber a violência é fundada em bases patriarcais em que o macho não consegue conter seus instintos ou de que a mulher é uma figura mais frágil sendo fadada as suas “doenças dos nervos”. Isso marca o descaso e ou a negligência no campo da atenção profissional e dos serviços de modo geral (SOARES, 2016).

Como demonstra a pesquisa de Moreira *et al.* (2020), realizada com 68 profissionais e 15 gestores atuantes em nove serviços da rede de saúde municipal de Fortaleza, o primeiro contato das mulheres em situação de violência com os serviços muitas vezes vem acompanhado de falta de privacidade, exposição da violência para outras pessoas, discriminação e juízos de valor. Ou seja, os próprios profissionais reconhecem a presença da violência institucional, que pode resultar de uma postura pessoal de desrespeito e discriminação. Para as autoras, atitudes moralistas sobre a vida pessoal e o comportamento das mulheres, assim como um posicionamento autoritário por parte dos profissionais, reproduzem os preconceitos sociais sexistas e corroboram com a matriz hegemônica de gênero. Como resultado, “a atenção em saúde, que deveria cumprir sua função social de empoderar e gerar autonomia às mulheres, acaba oprimindo e reforçando as desigualdades de gênero” (MOREIRA *et al.* 2020, p. 5).

Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013) chegam a conclusões semelhantes em sua pesquisa, também realizada com profissionais de saúde, dentre médicos,

enfermeiros e técnicos em enfermagem. Segundo as autoras, a saúde tem se orientado a partir dos mesmos pressupostos sociais de banalização e naturalização das violências, com a especificidade de criar, em seu interior, aceitação da violência que se tornam atos “necessários ao cuidado”, ou seja, “boas práticas assistenciais” (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, p. 2293). Em outras palavras, haveria um deslocamento ético-moral dos atos violentos para que sejam qualificados como integrantes da alçada técnico-científica. Nesse sentido, faz-se importante compreender tais atos enquanto integrantes de uma cultura em vigência na sociedade atual, mas não se pode deixar de considerar a participação dos profissionais como sujeitos e agentes na banalização da violência. Como apontado pelas autoras, os profissionais e a medicina também participam da construção dos valores e ordenamentos sociais vigentes (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Com relação à experiência das mulheres em situação de violência, Diniz *et al.* (2004) utilizaram um formulário com questões abertas e fechadas a fim de identificar as manifestações da violência doméstica e institucional numa amostra de 1033 mulheres a serem atendidas em maternidades públicas. Como resultado, destacam que nem mesmo as próprias mulheres possuem a consciência de que os espaços de atendimento à saúde devem proporcionar um lugar para o diálogo, que possibilite ir além dos aspectos físicos na investigação e no tratamento das questões apresentadas. Diante disso, o que se instaura é o silêncio enquanto uma repetição no espaço público e na saúde do que ocorre no espaço privado, naturalizando a situação de violência e reafirmando a solidão vivenciada pelas mulheres.

Bispo e Souza (2007) também investigaram a violência institucional a partir das experiências das mulheres, abrindo a discussão sobre esse tema com reflexões sobre o exercício do poder presente nas práticas médicas. Tal poder se manifesta no fato de que os médicos e demais profissionais de saúde representam autoridades que tomam decisões acerca da vida da cliente ou usuária do serviço. Esses profissionais, munidos da noção de que o corpo feminino seria inferior, naturalmente patológico, logo o direcionam para a medicalização e para “a submissão aos rituais desumanizados, agressivos, vexatórios e dolorosos” (BISPO; SOUZA, 2007, p. 23). O desconhecimento da mulher em relação ao próprio corpo a coloca então numa posição de submissão em relação ao poder médico, não sendo interessante aos profissionais a quebra dessa condição de inferioridade.

A partir dos relatos das mulheres, Bispo e Souza (2007) agruparam as violências institucionais em emocionais ou físicas. As emocionais se caracterizavam por atitudes expressas em táticas de controle: “ausência ou omissão de cuidados, desinteresse, castigos, ameaça, despersonalização, preconceito, indução, críticas, abuso de poder, desrespeito à auto-imagem e privacidade e atitude depreciativa” (BISPO; SOUZA, 2007, p. 25). Já as violências físicas estariam presentes em procedimentos realizados agressivamente, com a intenção de punir a mulher ou inculcar nela o sentimento de remorso. Para as autoras, o estudo confirma a percepção de violência institucional por parte das mulheres, mas elas não sabem como reivindicar os próprios direitos. Seus discursos atestam como lhe é negado o poder de decisão e participação no atendimento recebido.

Diante disso, podemos dizer de todo sexismo estruturante que afeta o acesso a bens e serviços de saúde e a garantia de atendimento humanizado e integral. Entretanto, as mulheres não podem ser universalizadas. Para além da categoria mulher é necessário pensar sobre a questão de raça/etnia, pois existem diferenças no atendimento de uma mulher branca, negra ou indígena.

A variável raça/etnia é extremamente importante para a compreensão da equidade em saúde entre diferentes grupos raciais (ARAÚJO *et al.* 2009) e foi uma das variáveis mais ignoradas pelos três estados. A discriminação racial/étnica enquanto determinante social, interfere diretamente no processo saúde-doença, como a diminuição do acesso em saúde, a exclusão do atendimento adequado, influenciando a forma de nascer, viver e morrer das mulheres negras e indígenas (CORDEIRO; FERREIRA, 2009).

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) a maior incidência de ameaça ou agressão se dá entre as mulheres negras (14,86%), sendo seguidas por homens negros (14,22%), mulheres brancas (11,44%) e homens brancos (11,34%). Nos casos de violência doméstica contra mulheres, 41,6% das vítimas eram negras e 39,5%, brancas (ENGEL, 2020). Como apontado no relatório, “uma determinada forma de misoginia articulada com o racismo faz com que mulheres negras sejam mais vulneráveis a todos os tipos de violência” (ENGEL, 2020, p. 171). Logo, se torna indispensável fazermos a análise da questão racial ao falarmos de mulheres que sofrem situações de violência.

Institucionalmente, tal cenário se repete, como demonstra a revisão de literatura realizada por Santos, Santos e Santos (2019). O tipo de tratamento que é dispensado às mulheres nos serviços de saúde “é diferenciado pela cor da pele, estando a mulher negra mais vulnerável a violência institucional” (SANTOS; SANTOS; SANTOS, 2019, p. 74). Além disso, muitas mulheres negras também estão nas camadas mais inferiores de renda, aumentando seu estigma e contribuindo para a violência institucional e para a baixa qualidade dos serviços de saúde ofertados, uma vez que elas não possuem outra alternativa além da assistência pública gratuita.

O fato de serem mulheres negras e pobres se constitui assim como uma marca associada à discriminação que se apresenta nos seus próprios discursos. Foi o que constataram Cordeiro e Ferreira (2009) ao entrevistarem mulheres negras acerca de suas experiências nos serviços de saúde. Segundo as autoras, a depreciação e a rejeição são constituintes dos depoimentos dessas mulheres, de forma sutil ou explicitamente, atestando seu funcionamento enquanto barreiras para o acesso e a permanência nos serviços de saúde. Nas palavras de uma entrevistada: “sempre sofre mais quem é mais escura” (CORDEIRO; FERREIRA, 2009, p. 355).

Paralelamente, a mulher indígena sofre violência no contato com a sociedade branca e sente o aumento da violência doméstica em sua própria comunidade. A violência doméstica, aumentou exponencialmente pelas profundas violações de seus povos, como a expropriação territorial, o recolhimento das populações em reservas pequenas, a modificação nas esferas culturais, sociais e econômicas e a introdução de drogas e bebidas alcoólicas nestas comunidades (COELHO; BISPO, 2020).

As mudanças do trabalho ocorreram com a diminuição do exercício de atividades tradicionais e o aumento do trabalho assalariado. Tais mudanças trouxeram uma nova dinâmica nos papéis sociais e puderam produzir conflitos de gênero. Tais conflitos, que por vezes geram violências, também são intensificados com o consumo de bebidas alcoólicas.

O consumo de bebidas fermentadas é de uso tradicional nas comunidades e colabora para a integração coletiva e a relação com a sua cosmologia. Entretanto, com o consumo de bebidas advindas de fora da comunidade, houve o aumento do consumo de álcool e conseqüentemente de violência dentro da comunidade. (ZIMMERMANN; SERAGUZA; VIANA, 2015).

As mulheres indígenas pouco acessam os serviços públicos de saúde pela frágil rede de proteção existente, com falta de oferta de serviços da área social, de saúde, e da segurança pública organizada e efetiva, agravada pelo distanciamento geográfico. As mulheres indígenas são excluídas dos direitos mais elementares como saúde, educação, moradia, assistência social, segurança, justiça e proteção, ficando assim mais vulneráveis (ZIMMERMANN; SERAGUZA; VIANA, 2015).

Tais análises colaboram para a compreensão do quão profunda é a desigualdade racial no país e a importância de considerar os privilégios e vulnerabilidades entre as mulheres quanto a questão da raça/etnia, tornando urgente a necessidade do monitoramento dessa variável para aprimoramento de políticas públicas de saúde que esteja atento as mulheres negras e indígenas, de forma a promover aos grupos mais vulneráveis os devidos cuidados.

Para além da questão da incompletude de variáveis que podem ampliar a compreensão da raça/etnia e classe dessas mulheres, as variáveis de orientação sexual e identidade de gênero, ainda que obrigatórias, apresentaram um dos menores percentuais de preenchimento.

A população LGBTQIA+, vivenciam inúmeras disparidades no acesso aos serviços e cuidados da saúde. A discriminação advém de uma cisheteronormatividade estruturante que produz e reproduz as desigualdes e exclusão de qualquer pessoa que fuja à essa norma. Nesse sentido, o discurso médico sustenta a patologização de orientações sexuais e identidades e expressões de gêneros que sejam discordantes da norma.

Os trabalhadores de saúde são pessoas que pertencem a determinados contextos e culturas, sendo resultados de uma construção social em que suas ações são permeadas pelos seus valores morais e esse valores podem afetar a relação entre o profissional e as usuárias (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019). Os profissionais de saúde são desafiados para atender à população LGBTQIA+, desenvolvendo ações de assistência que superem toda a histórica abordagem estigmatizante, em que coloca essa população no rol de patologias.

Esse cenário discriminatório e patologizante que ocorre nos serviços de saúde é vivenciado pela população LGBTQIA+ quando o profissional de saúde se recusa a realizar o atendimento, ou quando faz o atendimento, investiga as mulheres não por suas necessidades de saúde, mas antes por seus desejos sexuais ou expressões e

identidades de gênero, julgando-as moralmente. Tais ações impedem o acesso à saúde e afetam o processo de adoecimento e sofrimento (PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019).

A assistência à saúde dessa população deve ser qualificada, o que contribuiria para a construção de um projeto de saúde pública integral, inclusivo e sensível às diferenças de gênero e orientação sexual. Segundo Moscheta (2011), existe uma incongruência entre a Política Integral à Saúde LGBTQIA+ e a Política Nacional de Humanização que poderia ser minimizada a partir da introdução da responsividade no tratamento da população LGBTQIA+. Esta, diz respeito à qualidade da comunicação que reconhece a participação da alteridade no diálogo (MOSCHETA, 2011). Ou seja, a responsividade trata desse lugar do outro, de valorizar seu conhecimento, sua experiência, incluí-lo verdadeiramente no pacto social.

Se retomarmos os princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade e participação social, vemos como já iniciamos a caminhada em direção a esse ideal, mas ainda há muito que construir. O atendimento à mulher em situação de violência nos serviços de saúde condensa em si vários elementos que necessitam de maior atenção pública a fim de diminuir seus impactos em uma população que já chega fragilizada física e psicologicamente.

A perspectiva biomédica, que busca apenas os sinais e sintomas das enfermidades, coisifica as mulheres e as insere num processo de medicalização que pode ser considerado como uma violência em si mesmo. Além disso, o fato de serem mulheres já as deixa vulneráveis a violências institucionais mais explícitas, físicas ou emocionais, como a realização de procedimentos de maneira agressiva e atitudes que expressam táticas de controle.

Mulheres negras, indígenas e a própria população LGBTQIA+ ainda possuem seus próprios condicionantes sociais que se tornam estigmas a serem superados nos diferentes espaços. O preconceito e a discriminação acentuam as violências institucionais e acrescentam dificultadores à construção de respostas possíveis por parte desses indivíduos, exigindo ainda mais um posicionamento de equidade e integralidade por parte dos serviços.

3 CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL

O DF está classificado como a quarta cidade mais populosa do Brasil. Segundo estimativas populacionais do IBGE para o ano de 2019, o DF possui uma população de 3.015.268 milhões de habitantes. Seu território é dividido em 31 Regiões Administrativas (RAs) estabelecidas por Leis Distritais aprovadas e publicadas. E por 7 Regiões de Saúde (Centro-Sul, Centro-Norte, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul).

O DF possui elevado PIB per capita, maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M 2019) entre as 27 unidades da federação (0,824) e possui a menor taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos ou mais. Entretanto, destaca-se por sua grande disparidade econômica e social entre suas áreas administrativas.

Apesar do IDH alto, a situação de saúde do DF é caracterizada pela tripla carga de doenças: infecções, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva, crescimento de violências e acidentes e doenças crônicas (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2019).

Ao que se refere à questão da violência, entre os anos de 2009 a 2020, o Distrito Federal notificou em sua maioria, violência física, sexual e psicológica/moral. Desse universo, predominou o sexo feminino em todos os tipos de violência (75%) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020). Segundo o Boletim Epidemiológico (2021), o perfil delineado como o mais vulnerável para violência, principalmente física e sexual em ambiente doméstico, é de mulheres entre 20 a 29 anos, pardas, solteiras, com ensino fundamental incompleto e inseridas no mercado de trabalho. Tais análises epidemiológicas quanto a mulheres em situação de violência no Distrito Federal, será trabalhada em mais detalhes no subtópico 2.3.1 do presente capítulo.

Ao que se refere à questão da violência, entre os anos de 2009 a 2020, o Distrito Federal notificou em sua maioria, violência física, sexual e psicológica/moral. Desse universo, predominou o sexo feminino em todos os tipos de violência (75%) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020). Segundo o Plano Distrital de saúde 2020-2023 (2019), o perfil delineado como o mais vulnerável para violência, principalmente física e sexual em ambiente doméstico, é de mulheres entre 20 a 29 anos, pardas, solteiras, com ensino fundamental incompleto e inseridas no mercado de trabalho. Tais análises epidemiológicas quanto a mulheres em situação de

violência no Distrito Federal, será trabalhada em mais detalhes no subtópico 2.3.1 do presente capítulo.

3.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO DF

3.1.1 Perfil de Violência

Análises epidemiológicas realizadas entre 2009 a 2012 apontam que as violências mais frequentes no DF foram: física (47%), seguida de sexual (22%) e psicológica (20%). Entretanto, quando analisada a série histórica em um intervalo maior, de 2009 a 2020, a violência doméstica sexual teve maior destaque com 25%, seguida de violência física com 22% e psicológica com 12% (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021a). Ou seja, é possível que o perfil tenha mudado a partir de 2012.

Em consonância com pesquisa de Silva e Oliveira (2016) o uso da força corporal/espancamento (20%) são predominantes, seguido de envenenamento e ameaça (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021a). A ocorrência dessas violências são majoritariamente na residência das mulheres (61%). Sendo que 34% delas informaram que as violências são recorrentes (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021a).

3.1.2 Perfil das Mulheres

O perfil das mulheres pode ser caracterizado pela localidade e zona de residência, raça, escolaridade, idade, situação conjugal, orientação sexual e identidade de gênero. Todas essas informações são interseccionalidades importantes para refletir sobre a ocorrência da violência, o acesso aos serviços de saúde e o tratamento designado às mulheres em situação de violência.

3.1.2.1 Localidade e Zona de Residência

Segundo Boletim Epidemiológico, as mulheres dentro desse perfil analisado, residem predominantemente em áreas pertencentes às regionais de saúde do Sudoeste (22%), seguindo pela Leste (15%) e Oeste (15%). Quando analisado por região administrativa destaca-se Samambaia (Região Sudoeste), Ceilândia (região Oeste) e Gama (região sul). Essas mulheres, residem em grande maioria em zona urbana (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021a).

Nesse sentido, o IBGE forneceu dados dos anos de 2009 a 2015 sobre a situação urbana e rural do domicílio por UF (IBGE, 2015a). Segundo o IBGE, o percentual médio de famílias residentes em zona urbana e rural, respectivamente, para o Distrito Federal são $(95,76 \pm 0,76)$ e $(4,23 \pm 0,76)$. Com isso, é possível observar que a maioria das mulheres encontrava-se em zona urbana, pois, segundo Boletim Epidemiológico, são elas as mais notificadas.

Vale ressaltar que, para os dados populacionais do IBGE, os anos de 2016 e 2017 não foram cobertos. Além disso, dados sobre zona periurbana, caracterização utilizada na ficha de notificação do SINAN, não foram encontrados nesse período em bases estatísticas do governo. Tal fato ocorre, pela discussão de nomenclaturas e regras para definição de zona urbana, rural e periurbana. O IBGE em 2017, por meio da classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos no Brasil (IBGE, 2017), propõe novos termos, alinhados com órgãos internacionais. Como por exemplo, população em áreas de ocupação densa, divididos por taxas populacionais e não mais os termos rurais e urbanos. Portanto, a análise acerca da zona de residência é limitada, pois a área da saúde utiliza termos como zona rural e urbana, mas o IBGE a partir de 2017 adere a outras terminologias.

3.1.2.2 Raça

Estudos feitos em diferentes regiões do Brasil mostram o maior percentual de notificação de violência em mulheres pardas, respectivamente: Minas Gerais – MS

(38,2%) (KATAGUIRI *et al.* 2019), Fortaleza-CE (51,3%) (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017) e Niterói – RJ (29,3%) (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018). No Distrito Federal não é diferente, em pesquisa realizada na base de dados do SINAN de 2009 a 2012, 25% das mulheres em situação de violência são pardas (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

Para colaborar na compreensão desta análise, é importante salientar que as mulheres pardas são a maioria populacional e a maioria que acessam os serviços públicos de saúde. Segundo a série histórica do IBGE - PNAD, contínua entre anos de 2012 a 2017, o percentual médio de mulheres pardas é de 49.38% (± 2.01) no DF (IBGE, 2015b). Já as estimativas da Pesquisa Nacional de Saúde também apontam as pardas como maioria (IBGE, 2019).

A segunda raça mais notificada para violência é a branca, com 18,2% (SILVA; OLIVEIRA, 2016). Entretanto, ao analisar os dados do IBGE, o percentual médio é de 41.88% (± 2.82) no DF. Esse dado se difere do percentual de notificação de violência em aproximadamente 20% menos. Ou seja, ainda que a mulher branca seja a segunda raça com maior percentual de notificação de violência, ao considerar sua representatividade populacional, pode-se dizer que ela é menos notificada que a mulher parda, por exemplo (IBGE, 2019).

Quando analisadas as mulheres pretas, a representatividade da base de dados do SINAN é compatível com o percentual populacional do IBGE. Os dados da PNAD Contínua mostram que o percentual médio de pretas para o Distrito Federal é 7.92% (± 1.13), percentuais próximos dos encontrados por Silva e Oliveira (2016).

Para corroborar com esse dados, segundo Boletim Epidemiológico da SES/DF (2021), entre os anos de 2009 a 2020, o óbito de mulheres negras e pardas ainda são a maioria no DF (70,1%). Ou seja, quando analisado o quantitativo geral de notificação para violência, ela não representa a raça mais notificada. Entretanto, é possível observar que as mulheres negras apresentam percentuais de notificação próximos ao populacional. Tal resultado contribui para refletir que talvez a mulher negra seja a que mais sofre violência.

As notificações com menores percentuais são para a raça indígena. Segundo Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio em população residente por cor ou raça para homens e mulheres entre os anos de 2009 a 2015, o percentual médio de indígenas para o Distrito Federal é de 0.27% (± 0.12). Ou seja, para o DF, o percentual

encontrado nas notificações condiz com o percentual populacional. O que também leva a refletir na possibilidade da mulher indígena sofrer mais violência (IBGE, 2015b).

Portanto, analisar os percentuais de raça do SINAN sem contextualizá-los quanto a representatividade populacional e do acesso ao SUS, pode levar a conclusões generalistas e até errôneas. As mulheres de raça parda e branca são as mais notificadas pelo SINAN, entretanto quando utilizado os valores do IBGE e da PNS como parâmetro, vê-se um distanciamento. Já as mulheres pretas e indígenas apresentam representatividade muito próximas entre a notificação do SINAN e a populacional, o que leva a refletir que talvez sejam elas as que sofram mais violência.

3.1.2.3 Escolaridade

Segundo o Sistema Nacional de Informação de Gênero (SNIG) do IBGE, no Censo de 2010 a proporção de mulheres por nível de instrução para DF é respectivamente: sem instrução e ensino fundamental incompleto 30%; ensino fundamental completo 14%; ensino médio completo 39% e; ensino superior completo 24%. No caso, o maior percentual populacional é de mulheres com ensino fundamental incompleto seguido de ensino médio. Estes dados são condizentes ao Boletim Epidemiológico publicado em março de 2021 para mulheres em situação de violência no DF em que o nível de escolaridade mais registrado é de 12,3% para ensino fundamental (IBGE, 2010).

Ao explorar a série histórica do IBGE para População Feminina de 10 anos ou mais de idade, por anos de estudo entre os anos de 2009 a 2015 é notável que as mulheres do DF têm maior grau de escolaridade quando analisado às outras unidades federativas (IBGE, 2015c). As mulheres com mais de 15 anos de estudo no DF 10.58% (± 0.93) é três vezes maior que no SE 3.29% (± 0.25), por exemplo. Além disso, é possível observar que a cada incremento de 3 anos de estudo aumenta a concentração das mulheres no DF em 1.20%. Para corroborar com estas informações, apenas 0,5% das notificações de violências são de mulheres analfabetas (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021a).

O maior grau de instrução é um fator de proteção às mulheres, tal fato está relacionado ao aumento de chances de encontrar emprego, adquirir independência, autonomia e ter mais recursos para o reconhecimento da violência e secessão do ciclo (SANTOS *et al.* 2020).

Entretanto, há uma condicional para essa mulher com maior nível de escolaridade estar mais ou menos protegida. Estudos mostram que quando essas mulheres possuem um salário maior ao do companheiro, isto pode ser um conflito para a manutenção do poder do macho e portanto, o fator de proteção diminui (KATAGUIRI *et al.* 2019). Talvez seja essa uma das possibilidades para mulheres com maior grau de instrução terem sofrido a violência no DF.

3.1.2.4 Idade, Situação Conjugal, Orientação Sexual e Identidade de Gênero

Na divisão por ciclo de vida, as crianças representam 17% das notificações, adolescentes 34%, mulheres adultas 46% e as idosas 3%. Quanto à situação conjugal, predominou a categoria solteira (33%), seguida da casada ou em união consensual (26%). Para orientação sexual, a maioria são heterossexuais (93%), 5% lésbicas e 3% bissexuais. Por fim, mulheres cis representam 98% das notificações, sendo apenas 1% de mulheres transsexuais e (n=15, 0%) de homens transsexuais (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021a).

Para concluir, de modo geral a maioria das mulheres em situação de violência no Distrito Federal são adultas, pardas, heterossexuais, cis, com ensino fundamental e moram em zona urbana. É importante ressaltar que o fato de serem quantitativamente a maioria, não significa que sejam essas as categorias com maiores fatores de risco. Além disso, a maioria das fontes de informações foram advindas da área da saúde, ou seja, a amostra contempla em sua maioria as mulheres que possuem acesso ao SUS.

3.2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO DF

A área da saúde é uma das principais portas de entrada para mulheres em situação de violência. Nesse sentido, o SUS deve estar preparado para atender esta demanda por meio de serviços capacitados para identificar, acolher, atender, notificar e encaminhar para uma rede fortalecida de atenção e proteção às mulheres em situação de violência (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

No Distrito Federal, a atenção às pessoas em situação de violência na área da saúde foi primeiramente voltada às crianças. A partir de 1997, iniciou-se o Programa de Proteção à Criança Vítima de Maus Tratos, o qual funcionava no Hospital Regional da Asa SUL – HRAS, onde atualmente é o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Dois anos após o serviço especializado estar funcionando, a vigilância em saúde preparou a primeira ficha de notificação para crianças: Ficha de Notificação para Maus tratos contra Crianças e Adolescentes. Esta ficha foi feita segundo o manual “Orientação para profissionais de saúde no atendimento à criança e ao adolescente vítima de maus tratos” e colaborou para que houvesse dados epidemiológicos sobre crianças e adolescentes em situação de violência (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Ainda que com a estruturação de serviços e ações para crianças e adolescentes, foi somente com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), por meio da Portaria GM/MS no 737/2001 (BRASIL, 2002) que a violência se tornou uma pauta oficial e de importância para o SUS. (MINAYO *et al.* 2018; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Em 2001, a partir da publicação da PNRMAV que os Comitês de Atenção às Violências nas Regionais de Saúde foram instituídos para implementar a política nacional no território do Distrito Federal. A partir daí, passaram a ser executadas diretrizes que alcancem a descentralização dos serviços de atendimento para pessoas que sofrem situações de violência. Em 2002, iniciaram-se as capacitações dos profissionais para intervir de forma técnica, qualificada e humanizada nos serviços (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Na sequência, no ano de 2003, através do Decreto nº 23.812, foi criado o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência - NEPAV, subordinado às estruturas da Subsecretaria de Atenção à Saúde. Como observado por Vilela (2005) “Sua função consistia em adequar, normatizar, planejar e coordenar as ações de promoção, prevenção, vigilância e atendimento às pessoas em situação de violência em acordo com os princípios e diretrizes do SUS” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2003; VILELA, 2005, p. 85).

Após a criação do NEPAV, foi instituída a Rede Nacional dos Núcleos de Prevenção à Violência. Com isso, o NEPAV se tornou responsável por gerenciar e articular programas regionais focados no atendimento às pessoas em situação de violência. A partir de 2003, tais programas passaram então a ser denominados como Programa de Prevenção de Acidentes e Violências (PAV). No período de 2003 até 2005, 14 PAVs foram implantadas no Distrito Federal, o que garantiu a ampliação e melhoria das ações para enfrentamento de casos de violência (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020). Posteriormente, em 2006, criou-se o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), responsável por coletar dados e arquivar informações sobre violências e acidentes.

Em 2009, foi elaborado o “Manual para atendimento às vítimas de violência na Rede de Saúde Pública do DF” (VILELA, 2008). Este manual abrange todos os ciclos de vida para ações que vão desde a identificação, acolhimento até a intervenção necessária nos casos de violência com atuação interdisciplinar. Este material se tornou referência para capacitações dos profissionais de saúde (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Ainda em 2009, a notificação das violências que era de inserção por meio do VIVA passou a ser no SINAN Net, o que favoreceu o fortalecimento da Vigilância Contínua de Violências na SES-DF. Para efetividade dessa mudança de sistema, com o apoio dos PAV's regionais, foram realizadas oficinas para capacitar os profissionais de saúde nos serviços de atendimento às vítimas de violência (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a linha de cuidado para atenção a crianças, adolescentes e famílias em situação de violência. O Distrito Federal realizou a implementação dessa linha de cuidados em parceria com o Núcleo de Saúde da Criança - NUSC e o NEPAV. A estratégia da linha de cuidado possibilitou para

crianças, adolescentes e mulheres principalmente em situação de violência sexual, a organização dos pontos de atenção, o compartilhamento do cuidado e a definição de papéis e responsabilidades (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Em 2011, o NEPAV por meio do decreto nº32.925, de 11 de maio de 2011, foi extinto das estruturas administrativas da subsecretaria de atenção à saúde (SAS/DF) e passou para a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS/DF) na Gerência de doenças e agravos não transmissíveis (GEDANT), da Diretoria de vigilância epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Com essa mudança o NEPAV se desvincula da responsabilidade com a morbimortalidade de acidentes e passa a se chamar Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020; 2011).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 104/2011 atribui caráter compulsório e universal para a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Assim, toda pessoa em situação de violência que é recebida em qualquer serviço de saúde, seja público ou privado deve ser notificada (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020; BRASIL, 2011).

No ano de 2012, por meio da portaria de nº141/2012, os antigos PAV's foram instituídos e passaram a ser nomeados como Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências (PAV). Esses passaram a ter como principal atribuição, o atendimento às pessoas em situação de violência por meio de abordagem biopsicossocial, realizada por uma equipe multidisciplinar, contando com enfermeiros, médicos, assistentes sociais, entre outros.

Assim, os profissionais da equipe implementam encaminhamentos institucionais e intersetoriais para a viabilização de direitos. Os PAVs se localizam principalmente nos hospitais regionais e centros de saúde e são identificados com nomes de flores, o que os tornou conhecidos como Flores em Rede (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020; 2012).

Após todas essas mudanças, foram realizadas nas 17 Regionais de saúde, a organização da rede intrasetorial do SUS e as oficinas da Linha de Cuidado. Com isso foi qualificado e organizado os encaminhamentos e atendimentos na rede de saúde (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Toda estruturação dos serviços e a organização da rede de saúde do DF se tornou referência para o MS e com isso trouxeram visitas técnicas de diversas cidades

como Manaus, Recife, Palmas, João Pessoa e Rio de Janeiro. Assim como os profissionais do NEPAV receberam convites para ir até outras cidades, como foi o caso de Florianópolis e João Pessoa (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Já em 2014, a Portaria GM/MS de nº485,1º de abril de 2014, redirecionou o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir daí, o Distrito Federal estabeleceu novas diretrizes técnicas, normas e critérios para reorganizar os serviços de saúde para o cuidado integral de pessoas que sofrem violência sexual (BRASIL, 2014a; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

No mesmo ano as fichas para notificação de violência utilizadas no SINAN Net, no caso a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovoçada, de versão 4.2 foi atualizada para a versão 5.0. Por fim a versão 5.1, que está em vigor até a presente data (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Em 2016, a gestão do DF reorganizou a estrutura da SES em seu novo organograma, por meio do Decreto nº 37.057/2016, que dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Com isso, criou a instância das superintendências nas regiões de saúde vinculadas à Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS/DF). Nesta nova estrutura foram instituídos os Núcleos de Prevenção e Assistência à Situação de Violência (NUPAVs), unidade orgânica cujas competências estão definidas no Decreto nº 38.017/2017 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2016; 2020).

A criação dos NUPAVs nas regiões de saúde corresponde a um espaço de gestão responsável pela intermediação entre o NEPAV, PAVs e Superintendências. O NUPAV ocupa um nível estratégico de gestão para potencializar o trabalho desenvolvido localmente nos PAVs, além de facilitar a articulação intersetorial, um aspecto fundamental no enfrentamento à violência. Este arranjo de gestão nos mostra um pouco da complexidade da gestão do DF, que abrange funções gestoras de estado e município (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Os NUPAV's, são programas de referência e suas atribuições envolve o "planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações de prevenção e atendimento à população em situação de violência desenvolvidas pelos PAV, em

articulação com as demais Unidades de Saúde” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020, p.16). Os NUPAV’s são subordinados diretamente às superintendências de cada região específica de saúde.

Em 2018, por meio do Decreto 38.982, o HMIB torna-se Unidade de Referência Distrital (URD). Isso foi decorrente pela instituição da Unidade de Prevenção e Atenção a Violência – UPAV que somado a atuação desde 1996 com Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) o qual é referência para os casos de aborto legal, tornou-se uma unidade especializada e de referência (BRASIL, 2018a).

O mesmo decreto alterou o nome do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV) para Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências (NEPAV). O NEPAV tem como atribuição:

organizar a rede de atenção às pessoas em situação de violência do DF por meio da implementação de ações de promoção, prevenção, assistência, vigilância e pesquisa em todos os níveis de atenção à saúde (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020, p. 17).

No mesmo ano, a Portaria nº 773/2018 estabeleceu as diretrizes e normas para a organização dos Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e Doméstica - ambulatório do PAV "Flores em Rede". Os PAVs, no âmbito da média complexidade, são referência para atendimento de pessoas em situação de violência em todos os ciclos de vida, além de atuarem na capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento à violência e como centros de apoio matricial (BRASIL, 2018b; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Nesta mesma Portaria, foi dada preferência na estruturação da linha de cuidado para a Rede de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência na rede de atenção à saúde. Com isso, foi instituído o Colegiado Gestor Técnico de Atenção Integral para Estruturação da Linha de Cuidado à Pessoa em Situação de Violência (Portaria nº 900/2018) em todos os ciclos de vida e todos os níveis da atenção nas Regiões de Saúde da SES/DF. Nesta estruturação, foi definido fluxo de referência e contra referência, coordenação da implantação e implementação de ações e estratégias (BRASIL, 2018c; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Em 2019, os PAVs passam a ter nova nomenclatura, e se tornam “Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV”. A troca foi realizada pela Portaria SES/DF nº. 942, de 18 de

novembro de 2019 que integra a Diretoria de Atenção Secundária das Superintendências das Regiões de Saúde - DIRASE (BRASIL, 2019b; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020). Para sumarizar, todas as leis, decretos e portarias referentes ao processo de organização e estabelecimento de serviços e ações do DF estão organizados em linha cronológica no Quadro 1.

Após todas essas mudanças ao longo de duas décadas, atualmente, a secretaria de saúde conta com uma rede de serviços especializados com 16 CEPAVs. Sendo que desses, 13 CEPAVs atendem todas as tipologias de violências e faixas etárias. Dois para registro e investigação epidemiológica: Amarilis e Ipê. E mais 5 serviços com especificidade de atendimento: Caliandra e Jasmim para público de até 18 anos; Alecrim para autores de violência sexual de crianças e adolescentes com encaminhamento judicial; e o Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL), único especializado, responsável e habilitado em interrupção gestacional prevista em Lei. Os CEPAVs estão subordinados aos respectivos NUPAVs de sua região de saúde. Já os NUPAVs estão subordinados à superintendência das suas regiões (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020). O Quadro 2 exemplifica a estrutura atual da rede.

Quadro 1 – Portarias, Decretos e Resoluções no Distrito Federal.

Ano	Nome	Objetivo
2019	Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019	Institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV.
2018	Portaria nº 900, de 21 de agosto de 2018	Instituir Colegiado Gestor Técnico da Atenção Integral à Violência.
2018	Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018	Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.
2018	Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018	Estabelece diretriz e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária.
2017	Decreto nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017	Aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.
2016	Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016	Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.
2012	Portaria nº 141, de 17 de julho de 2012	Instituir o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à violência (PAV) no organograma da regional de saúde, subordinado diretamente ao coordenador geral de saúde e defini suas atribuições.
2011	Decreto nº 32.925, de 11 de maio de 2011	Extingue e cria cargos que especifica e dá outras providências.
2003	Decreto nº 23.812, de 03 de junho de 2003	Dispõe sobre a criação de unidades administrativas e de cargos comissionados na estrutura orgânica da diretoria de promoção e assistência à saúde, da subsecretaria de atenção à saúde, da secretaria de estado de saúde do distrito federal, e dá outras providências; Cria Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV).
1996	Resolução nº 1/96 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, de 30 de abril de 1996	Estabelece o Hospital Materno Infantil de Brasília como hospital de referência para os casos de Aborto Previsto em Lei.

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, 2021.

Quadro 2 – Centro de Especialidade para Atenção às pessoas em situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) com seus respectivos serviços oferecidos, área de abrangência e Núcleo de Prevenção e Assistência à Violência (NUPAV).

NUPAV's	CEPAV's	Serviços Oferecidos	Áreas de Abrangência
NUPAV Central	CEPAV Margarida	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual (psicossocial e médico), familiar e grupos; Público Alvo: pessoas acima de 18 anos em situação de violência sexual, física e doméstica.	Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte e Sul, Varjão, Vila Planalto, Sudoeste
	CEPAV Jasmim	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual, familiar e grupos, grupo familiar para adolescentes ofensores sexuais e seus familiares; Público Alvo: crianças e seus familiares em situação de violência e adolescentes ofensores e seus familiares;	
	CEPAV Caliandra	Modalidade de Atendimento: acolhimento e grupo de adolescentes vítimas de violência sexual; Público Alvo: adolescentes de 12 a 17 anos;	
	CEPAV Alecrim	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual, familiar e grupos; Público Alvo: adulto autor de violência sexual intrafamiliar de crianças e adolescentes em ambos os sexos;	
NUPAV Norte	CEPAV Flor de Lis	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: crianças, adolescentes, mulheres, adultos e idosos;	Sobradinho I e II, Fercal e Planaltina
	CEPAV Sempre VIVA	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: crianças, adolescentes e seus familiares e mulheres;	
NUPAV Centro Sul	CEPAV Primavera	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: pessoas em situação de violência em qualquer ciclo de vida, bem como suas famílias;	Guará, Núcleo bandeirante, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, SIA, Estrutural, Vargem Bonita e Park Way
	CEPAV Alfazema	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: pessoas em situação de violência em qualquer ciclo de vida, bem como suas famílias;	

Fonte: Governo do Distrito Federal, 2021c.

Quadro 2 - Centro de Especialidade para Atenção às pessoas em situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) com seus respectivos serviços oferecidos, área de abrangência e Núcleo de Prevenção e Assistência à Violência (NUPAV) - Continuação

NUPAV's	CEPAV's	Serviços Oferecidos	Áreas de Abrangência
NUPAV Sul	CEPAV Gardênia	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: pessoas em situação de violência em qualquer ciclo de vida, bem como suas famílias;	Gama e Santa Maria
	CEPAV Flor do Cerrado	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: pessoas em situação de violência em qualquer ciclo de vida, bem como suas famílias;	
NUPAV Sudoeste	CEPAV Azaléia	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: crianças, adolescentes e adultos vítimas de violência sexual;	Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas e Vicente Pires
	CEPAV Orquídea	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos para crianças em situações de violência sexual, maus tratos e negligência; grupo de pais. Público Alvo: crianças, adolescentes e adultos vítimas de violência sexual;	
NUPAV Leste	CEPAV Girassol	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: crianças a partir de 4 anos, adolescentes e seus familiares, mulheres e idosos;	Paranoá, Itapoã e São Sebastião
	CEPAV Tulipa	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: crianças a partir de 7 anos e adolescentes vítimas de violência sexual;	
NUPAV Oeste	CEPAV Flor de Lótus	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos; Público Alvo: crianças, adolescentes e mulheres;	Ceilândia e Brazlândia
-	CEPAV Violeta HMIB	Modalidade de Atendimento: acolhimento e atendimento individual e grupos e grupos de pais; Público Alvo: crianças de até 11 anos e mulheres adultas;	Todo o DF
	Programa de Interrupção Gestacional PIGL	Modalidade de Atendimento: individuais e avaliação de casos para inclusão em programa de interrupção gestacional nos casos previstos em lei Público Alvo: gestantes em situação de violência sexual	

Fonte: Governo do Distrito Federal, 2021c.

4 SISTEMAS E INSTRUMENTOS PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIOLÊNCIA

Segundo a Portaria de nº1378/2013, a vigilância consiste em um processo contínuo e sistemático responsável pela coleta, consolidação, análise e disseminação de dados relativos a eventos ligados à saúde. Tal processo tem o objetivo de planejar e implementar medidas de saúde, para que assim haja proteção, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2013).

Para que todas essas medidas sejam efetivas é necessário garantir que a vigilância em violência capte dados fidedignos da população. Portanto, compreender como a vigilância de violência se constitui, como os sistemas de informações para violência se desenvolveram ao longo dos anos e como o processo da coleta dos dados até sua manipulação ocorre, são essenciais nesse processo.

No Brasil, a vigilância de violências foi realizada tardiamente. Somente no ano de 2006, com a criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), foi possível realizar um diagnóstico mais fidedigno para a morbimortalidade de violências. Antes dessa data a vigilância centrava-se em dados de declaração de óbito e internação em hospitais. Todo esse processo para a consolidação do VIVA é descrito no subtópico 2.5.2 do presente capítulo.

A cobertura nacional para acidentes e violências ocorreu efetivamente em 2009 quando o VIVA foi incorporado ao SINAN. O SINAN é uma base de dados de registro e investigação de doenças e agravos de acesso público e que apresenta inúmeros potenciais e limitações em sua implementação e portanto, será retratado no subtópico 2.5.3.

Para o agravo da violência, o SINAN é alimentado por meio Ficha de notificação/investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada. Esta ficha passou por várias modificações ao longo dos anos para que atingisse sua versão 5.1. com 69 campos e todas as transformações estão especificadas no subtópico 2.5.4.

O processo que envolve a notificação e até a inserção da ficha no sistema, segue fluxos específicos a nível distrital, estadual e federal e todo esse caminho é caracterizado no subtópico 2.5.4.1.

Por último, no subtópico 2.5.5 é caracterizado os modos possíveis para a extração das informações de violência do SINAN, bem como as potencialidades e limitações para a manipulação dos dados.

4.1 SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA)

A vigilância epidemiológica de violência em saúde se tornou efetiva somente em 2006, com a criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (BRASIL, 2016). Até 2005, os dados de violência eram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (ROMIO, 2017).

Os dados do SIM são coletados por meio da Declaração de Óbito (DO), nela há um campo específico para preencher a causa do óbito. Nesse caso, a vigilância em violência se torna restrita às mulheres que faleceram e que tiveram o campo preenchido com acidentes/violências ou feminicídio. Entretanto, muitos profissionais realizam o preenchimento da DO com outras causas, ao invés da violência e/ou feminicídio. Um exemplo de comum ocorrência são de mulheres gestantes mortas por violência mas tiveram as DO preenchidas como causa materna.

Para além desses fatos, há um expressivo número de DO sem designação do que levou a pessoa à morte. Dessa forma, pesquisadores se deparam com elevados percentuais de subnotificação seja por ignorar o preenchimento do campo ou designar outra causa (ROMIO, 2017). Isso mostra que o SIM além de não abarcar questões referentes à morbidade, a vigilância epidemiológica para a mortalidade por meio da violência é restrita.

Já o SIH é alimentado pela autorização de internação hospitalar (AIH), que contém informações dos gastos públicos com o agravamento da doença e demais informações epidemiológicas. Seu objetivo é financeiro, pois cada pessoa que entra no serviço de saúde para uma internação gera custos no orçamento público. Nessas condições, os dados epidemiológicos de violência de gênero estavam restritos apenas às mulheres que adentravam aos serviços de urgência/emergência (ROMIO, 2017).

Diante da necessidade da área da saúde realizar o devido monitoramento de morbimortalidade para violência e acidentes, foi lançado em março no ano de 2006,

durante o Seminário Temático de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Esse sistema foi proposto como parte do Projeto Rede VIVA.

O VIVA foi criado com o objetivo de gerar informações fidedignas para a morbimortalidade de violências e acidentes da população. Assim, subsidiar análises epidemiológicas, tomadas de decisão, construção de políticas públicas, promoção da saúde e cultura de paz (BRASIL, 2016).

De início, o VIVA foi estruturado por dois elementos: i) vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA inquérito) e ii) vigilância das violências sexuais, domésticas e/ou outros tipos de violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA contínuo). Cada uma dessas modalidades tem objetivos singulares com métodos, instrumentos, fluxos e sistemas próprios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

O VIVA Inquérito são pesquisas realizadas em unidades de urgência e emergência com determinada periodicidade. Ele tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico de acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) e violências (interpessoais ou autoprovocadas). Além de identificar fatores de risco e proteção associados à ocorrência de acidentes e violências e propor medidas de vigilância, prevenção, promoção e cultura de paz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

O VIVA Inquérito iniciou em 2006 com periodicidade anual. Essa primeira pesquisa ocorreu em 65 serviços em 34 municípios e no Distrito Federal, com uma cobertura em 23 unidades federativas. Após o ano de 2007 o inquérito tornou-se bianual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Em 2009, houve a inclusão de 136 serviços, cobrindo mais estados, além de todas as unidades de saúde de Teresina-PI e Campinas-SP. Em 2014, a pesquisa passou a ser realizada a cada três anos. O último VIVA Inquérito foi realizado em 2017, em sua sexta edição, com cobertura de 23 capitais, Distrito Federal e 13 municípios. Os materiais de todas as pesquisas, estão disponibilizados no portal do SINAN web (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Já o VIVA contínuo (SINAN) é constituído por vigilância constante de violência doméstica, sexual, e/ou de outros tipos de violências interpessoais e autoprovocadas. A efetivação do VIVA contínuo se deu em 2006, nos serviços de referência para violências, ou seja, os centros de referência para violências, centros de referência

para IST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

No ano de 2009, a notificação de violências e acidentes foram integradas a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas. Naquele período, unidades sentinelas eram serviços de saúde responsáveis por identificar, investigar e notificar os casos de doenças, agravos, acidentes e/ou violências que em quase sua totalidade era preenchido por meio do SINAN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Nesse sentido, o VIVA foi integrado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que já estava consolidado nos serviços de saúde e tinha cobertura nacional. A integração do VIVA Contínuo com o SINAN permitiu a expansão e maior sustentabilidade na notificação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Foi no ano de 2011, por meio da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que as notificações de violências se tornaram compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados de todo o Brasil e não apenas aos serviços Sentinelas, fortalecendo assim a notificação no SINAN e aprimorando a vigilância em violência.

O próximo subtópico faz um breve histórico do SINAN e a inserção do VIVA em seu sistema (BRASIL, 2014b).

4.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido no início dos anos de 1990, pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), com amparo técnico do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) e da Empresa de Processamento de Dados da Prefeitura de Belo Horizonte (Prodabel) (BRASIL, 2007).

Foram realizados testes-piloto em Santa Catarina e Pernambuco e então começou a implantação do aplicativo SINAN-DOS de forma gradual a partir de 1993. Segundo Laguardia *et al.* (2004) os resultados derivados dos testes não foram registrados em documentos oficiais e nem sequer disponibilizados para todos os usuários.

Ainda que com testes-piloto, o processo para adesão ao SINAN-DOS das unidades federadas e municípios, teve caráter voluntário. Dessa forma, não estavam

subsidiados em quaisquer regulamentação oficial para o estabelecimento e manutenção de um sistema de informação. Assim, não houve a coordenação e acompanhamento por parte dos gestores de saúde, nas três esferas de governo. Como consequência estruturou-se diversos padrões, tanto no uso dos formulários, quanto na operação dos programas e na análise dos dados (BRASIL, 2007; LAGUARDIA *et al.* 2004).

Em decorrência das consequências do caráter voluntário de adesão e da falta de regulamentação, foi constituída uma comissão para que houvesse a implantação do SINAN em todo o território nacional, com instrumentos e fluxos definidos. Esse processo ocorreu em 1998 por meio do extinto Centro Nacional de Epidemiologia, através da Portaria Funasa/MS n.º 073 de 9/3/98. Como se vê, a partir de 1998 que o SINAN foi regulamentado com a obrigatoriedade da alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal (GLATT, 2005)

Se por um lado a cobertura nacional aumentou significativamente a vigilância em morbimortalidade, por outro lado, tais regulamentações não foram suficientes e outros problemas foram destacados (GLATT, 2005).

Destaca-se que a falta de normalização federal colaborou para que municípios e estados desenvolvessem subsistemas para certos agravos. Nessas situações, o uso das informações ficava restrito à sua própria localidade ou nível hierárquico onde esses subsistemas foram desenvolvidos. O que acabava comprometendo a representatividade e confiabilidade dos dados (LAGUARDIA *et al.* 2004).

Aliado a construção de subsistemas, foram levantados problemas relacionados ao SINAN, como:

ausência de clareza quanto ao objetivo primário do sistema e conseqüente mau desempenho global; concomitância de fluxos de informações (e lógicas) de diferentes naturezas – doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e doenças agudas transmissíveis e não transmissíveis –; gestão múltipla do sistema, ou seja, cada área técnica (ou programa) sendo responsável pela sua parcela do SINAN; limitações do programa informatizado; ausência de padronização de tabelas; e a não-utilização tanto das fichas de notificação pré-numerada quanto das rotinas de consistência e validação dos dados (LAGUARDIA *et al.* 2004, p. 136).

Considerando todas essas limitações, a Funasa criou uma comissão para a nova versão do SINAN, o projeto SINAN-Windows, que envolveu também o DATASUS. Entre os anos de 1998 a 2000, houve o desenvolvimento da plataforma

SINAN-Windows e em 2001 iniciou a transição da versão anterior para a nova (BRASIL, 2009).

O novo sistema representou um grande avanço para o aprimoramento da qualidade dos dados epidemiológicos. Foi possível identificar inconsistências na base de dados, rotinas de duplicidade, transferência e recebimento dos dados, bem como permitir a interface com o Tabwin (BRASIL, 2009). Entretanto, no processo de migração de sistema ocorreu a perda de muitos dados. Além disso, serviços de saúde mantiveram o uso da nova versão e da anterior (GLATT, 2005).

As primeiras versões do SINAN-Windows apresentaram problemas na migração dos dados, um exemplo disso foi a perda de 12,5% das notificações para AIDS no processo de transição da plataforma do SINAN (GLATT, 2005). Outro problema identificado foi quanto ao uso simultâneo das duas versões do SINAN (DOS e Windows). Em 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu que faria o recebimento das informações apenas pela versão SINAN-Windows, ainda assim haviam estados e municípios usando as duas plataformas. Muitos dos dados inseridos na plataforma antiga não foram recuperados, ocasionando a perda dessas informações (LIMA, 2018).

Em 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (SVS/MS) e a extinção do CENEPI pela Funasa, o SINAN passou à administração da Gerência Técnica do SINAN (GT-SINAN/CGDT/Devep/SVS/MS). Essa GT foi realizada em parceria com o Datasus (Datasus/SE/MS), sendo este órgão responsável pela produção, manutenção e desenvolvimento do sistema (GLATT, 2005).

Ao final de 2003, o SINAN-Windows foi implementado em todo o país. Os municípios passaram a utilizar instrumentos padronizados para a coleta de dados e a maioria deles (60%) contavam com sistema informatizado. Quando os municípios não tinham uma estrutura informatizada, os dados eram digitalizados pela regional de saúde ou pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), conforme a organização de cada unidade federada (GLATT, 2005).

Em 2007, o sistema passou por nova atualização da estrutura, bem como, a incorporação de novas tecnologias, surgindo assim o SINAN Net (ROCHA *et al.* 2020). Segundo o *site* do Ministério da Saúde, o SINAN Net foi desenvolvido para que locais que não houvessem acesso estável à internet pudessem inserir fichas de notificação e produzir informações necessárias à sua região. Nesse sistema, foram realizadas

diversas atualizações e atualmente o SINAN encontra-se em sua versão 5.0. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

Portanto, quando em 2009 o VIVA contínuo passou a integrar o SINAN, os dados de violência já foram inseridos na versão do SINAN Net. O processo de implantação do VIVA no SINAN Net foi gradual e de adesão voluntária aos estados e municípios, “de acordo com a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e com as prioridades estabelecidas definidas no processo de implantação do VIVA”. (BRASIL, 2016, p.11).

4.2.1 Extração e Manipulação dos Dados do SINAN

Os dados de violência do SINAN NET podem ser acessados pelo TABWIN, por meio do software R e também pelo requerimento realizado para o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) do Ministério da Saúde.

Pelo TABWIN a extração de dados fica restrita a seleção de anos, estados e variáveis, não sendo possível realizar o download completo da base de dados do SINAN Net para Violência. Somente pelo R e pelo requerimento ao SIC que é possível ter acesso integral a base de dados.

A base de dados é descrita por meio do Dicionário de Dados - SINAN Net de Versão 5.0/Patch 5.1 com sua última atualização em Junho de 2015 (BRASIL, 2015). O Dicionário descreve de modo geral:

(i) o “Nome do Campo”, como consta na Ficha de Notificação, ou seja, a variável em questão;

(ii) a descrição da variável, em que explica seu significado;

(iii) as categorias da variável. Explicando de outro modo, mostra quais são as opções de preenchimento daquele campo. Por exemplo, a variável sexo apresenta como categorias as seguintes opções: feminino, masculino e ignorado.

(iv) as características do campo em que explicita se a variável é de preenchimento obrigatório, essencial ou campo chave.

Se por um lado o dicionário de dados colabora para que haja a compreensão dos dados, por outro apresenta inúmeras falhas e torna difícil o acesso às informações. O dicionário de dados não contempla todas as variáveis da base de

dados, ou seja, variáveis encontradas na base não são especificadas no dicionário. Em outras situações, variáveis que constam no dicionário de dados, não constam na base de dados. Além disso, o dicionário apresenta campos em branco. Todas essas problemáticas se apresentam como um grande desafio para a transparência das informações e manipulação de dados (GLATT, 2005).

4.3 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

O SINAN é nutrido pelas notificações e investigações de casos de doenças e agravos que estão na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (Portaria MS/SVS de nº5, de 21 de fevereiro do ano de 2006). (BRASIL, 2006b). Contudo, se torna facultativo aos estados e municípios a inclusão de outros problemas de saúde importantes em determinada região (BRASIL, 2009). As fichas de notificações e investigações de casos de doenças e agravos se tornam instrumentos responsáveis pela coleta de dados, e seguem o modelo padrão da SVS/MS, sendo utilizada para:

A ficha de notificação/investigação de casos de doenças e agravos é um instrumento de coleta e segue o modelo padronizado pela SVS/MS e é utilizada para:

- notificação negativa;
- notificação individual de casos suspeitos e/ou confirmados dos agravos de notificação compulsória como: violência, cólera, dengue, leishmaniose visceral, leptospirose, tétano neonatal, tularemia e varíola, febre maculosa, febre tifóide, doença meningocócica e outras meningites, eventos adversos pós-vacinação, dentre outras;
- notificação individual de casos suspeitos e/ou confirmados dos seguintes agravos de interesse nacional: acidente por animais peçonhentos, atendimento antirrábico humano, intoxicação exógena e varicela;
- notificação de surto ou agregado de casos/óbitos como: diarreia aguda sanguinolenta, icterica aguda, febre hemorrágica aguda, respiratória aguda, neurológica aguda, insuficiência renal aguda e outras síndromes (BRASIL, 2009).

Como visto, são diversos os agravos e portanto as fichas são, em sua maioria, diferentes para cada morbidade. No caso da violência, a ficha utilizada é a Ficha de notificação/investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada, versão

5.1. Esta tem cobertura nacional e deve ser preenchida em qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades (BRASIL, 2016).

A ficha citada foi elaborada por profissionais do Ministério da Saúde e instituições governamentais das três esferas de governo que compõem o SUS, instituições de pesquisas e não governamentais. O Ministério buscou aperfeiçoar os instrumentos de vigilância em saúde ao longo dos anos para harmonizá-los com inúmeras leis, estatutos, planos nacionais e de ação, políticas de inclusão e justiça social, como:

o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil (CONANDA – 12/07/2000); Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (Decreto no 5.390, de 8 de março de 2005); Maria da Penha (Lei nº 11340, de 07/08/2006); Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa – SEDH/PR – 2005; Política Nacional de Enfrentamento ao Trafico de Pessoal (Decreto nº 5948 de 26/10/2006); Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria n.º 1060/GM, de 05 /06/2002); Política de Saúde para a População do Campo (Portaria Nº 719/GM de 16/04/2004); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria nº 992, de 13/05/2009); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT – 2008; Estatuto do Desarmamento (Lei nº 10.826, de 22/12/2003), entre outros (BRASIL, 2016, p. 9)

Como observado, a Ficha de notificação/investigação individual de violência apresentou algumas alterações até o presente momento. A primeira ficha foi a elaborada para o VIVA Contínuo em 2006, com o nome “Ficha de Notificação Individual de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências”. Esta ficha sofreu alterações em 2007 e 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Com a integração do VIVA Contínuo com o SINAN Net em 2009, a Ficha passou a se chamar “Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada” versão 4.2. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Em novembro de 2014, houve a atualização para a versão 5.0 e foram acrescentadas variáveis como orientação sexual, identidade de gênero, nome social, ciclo de vida do provável autor da violência e violência motivada (sexismo, homofobia/lesbofobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua, deficiências e outros) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

A última versão, no caso a 5.1, teve a inserção de unidades notificadoras de outros setores e não apenas os de saúde, como: Unidade de Saúde, Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher e Outros (BRASIL, 2014b).

A ficha mais recente, a de versão 5.1 estrutura-se com 69 campos de orientação de preenchimento. Cada uma delas com um tipo de orientação de preenchimento: obrigatórias, essenciais e de campo-chave. As variáveis são subdivididas em dez blocos de preenchimento (BRASIL, 2016).

Quanto a orientação de preenchimento, são eles: (i) obrigatórios, sem o qual não é possível a inclusão da notificação no sistema; (ii) essencial que não é obrigatório mas colabora para a compreensão da notificação e; (iii) campo chave que indica o registro no sistema (BRASIL, 2016, p.29). Como exemplo, informações como raça, escolaridade, situação conjugal são consideradas essenciais, já informações de endereço, tipologia da violência, autor da agressão, orientação sexual e identidade de gênero, são consideradas obrigatórias (BRASIL, 2016).

Cada ficha apresenta uma estruturação em blocos. No caso da ficha de notificação/investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada, ela é estruturada por dez blocos:

Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor de Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de campos destinados para informações complementares e observações (BRASIL, 2016, p.25).

4.3.1 Inserção da Ficha de Notificação no SINAN-NET

É de responsabilidade dos estados ou municípios a distribuição e impressão dessas fichas para os serviços de saúde. Elas devem ser impressas em duas vias pré-numeradas. A Ficha pré-numerada é de extrema importância para que não haja duplicidade ou sobreposição de informações no sistema. Quando ocorre o preenchimento da ficha de notificação, uma via fica arquivada no serviços de saúde e a outra via é encaminhada para o local de digitação e inserção no SINAN-net, caso o serviço não seja informatizado (LIMA, 2018).

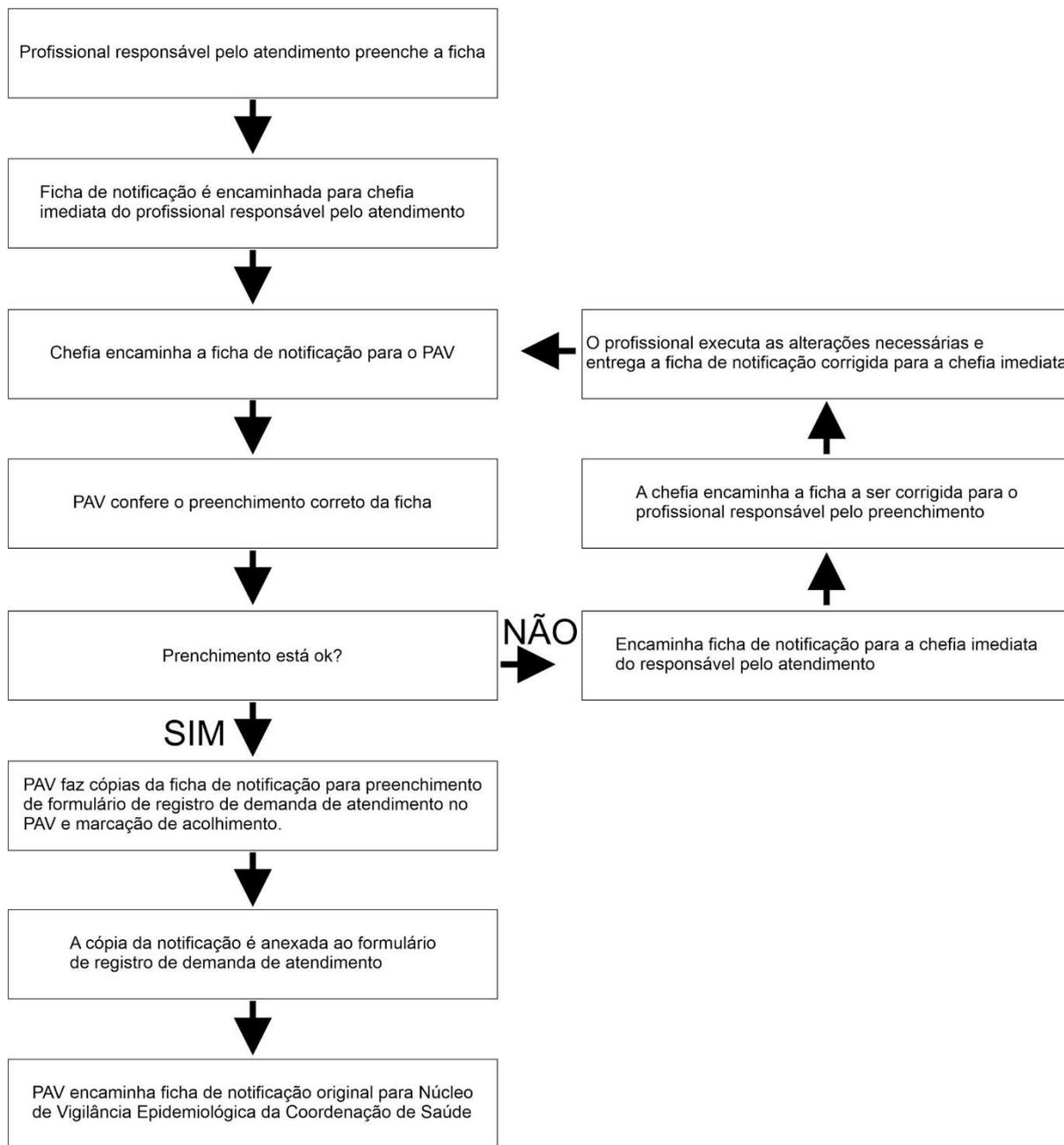
Em 2014, por meio da Portaria MS/GM de nº1271, de 06 de junho do ano de 2014, a lista de doenças e agravos de notificação compulsória passou por atualizações. A partir daí, passou a ter caráter imediato (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais eficiente) às notificações de casos de violência sexual e tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde (LIMA, 2018).

Dessa forma, as fichas de notificação/investigação já preenchidas são encaminhadas e notificadas às vigilâncias epidemiológicas/ secretaria municipal de saúde em até 24 horas, onde ocorrerá a inserção dos dados no sistema, a investigação e o encerramento dos casos (LIMA, 2018).

No entanto, no Distrito Federal, o fluxo segue de outro modo, pois a ficha é encaminhada para o CEPAV que fará a conferência dos dados e acolhimento às pessoas em situação de violências. Caso as informações da ficha estejam corretas, ela segue para a vigilância do Distrito Federal, como consta a figura 2 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021b).

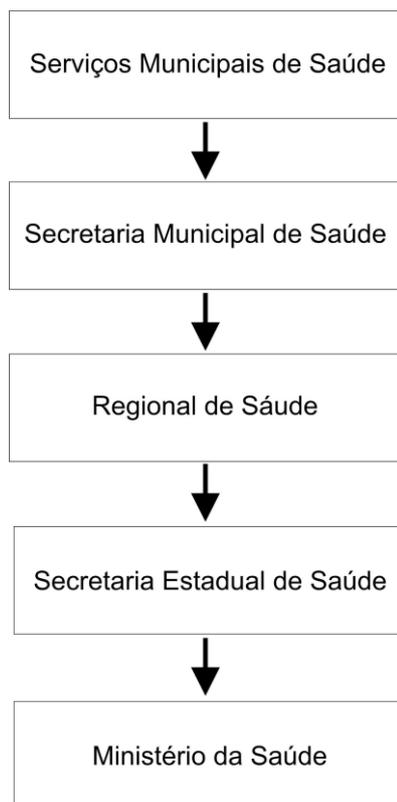
O setor responsável pela digitação das fichas, envia semanalmente à respectiva Secretaria de Estado de Saúde (LIMA, 2018). As secretarias estaduais realizam o repasse de informações para a Secretaria de Vigilância em Saúde /Ministério da Saúde quinzenalmente. A SVS/MS processa e consolida os dados e os disponibiliza na base do SINAN por meio do TABNET, conforme figura 3 (LIMA, 2018)

Figura 2 - Fluxo da Ficha de Notificação para Inserção no SINAN-NET



Fonte: Governo do Distrito Federal, 2021c.

Figura 3 - Fluxo de Informações do SINAN - NET



Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica 2005.

4.4 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

Segundo Paim (2007) a qualidade da informação é aquela que é apta para o uso segundo a necessidade do usuário. A qualidade da informação pode ser realizada por meio de análises de parâmetros como: consistência, oportunidade e não-duplicidade e completude.

Nesse sentido, a consistência é o grau em que as variáveis possuem valores coerentes e não contraditórios. Um exemplo de inconsistência são dados de mulheres adultas em que na situação conjugal é selecionada a categoria não se aplica. Nesse caso, essa categoria é utilizada para crianças. A oportunidade representa os casos de notificações em que a investigação do agravo, no caso da violência, foi encerrada

dentro do prazo. A não-duplicidade é o grau em que cada notificação tenha sido apresentada uma única vez. Neste trabalho esse processo foi realizado na seleção das mulheres. Por último, a completude que representa o grau em que as notificações de violência apresentam valores não-nulos (PAIM, 2007; ASSIS, 2013).

Garantir a qualidade das informações é condição essencial para realizar uma análise efetiva da situação de violência. Assim, o planejamento, a programação, o monitoramento, a execução, a avaliação das ações de saúde e tomada de decisões baseadas em evidências fidedignas. Dessa forma, haverá o desenvolvimento de melhorias na saúde das mulheres em situação de violência e a transparência das informações garantirá o controle social das ações implantadas (ASSIS, 2013).

Entretanto, as informações sobre violência apresentam diversas falhas em sua qualidade. Por exemplo, são encontradas fichas de notificação com campos em branco, incongruência de informações, duplicidade de registros entre outros problemas identificados tanto em nível municipal quanto estadual, distrital e federal. Tais falhas comprometem não apenas estudos epidemiológicos mas a construção de indicadores e a implementação de ações e serviços voltados para a realidade das mulheres em situação de violência. Portanto, a avaliação da qualidade da informação é de extrema importância.

Como visto no subtópico sobre o SINAN essas falhas estão identificadas na base de dados do SINAN desde sua construção com a versão SINAN-DOS na década de 90. O SINAN-Net trouxe ferramentas capazes de identificar as duplicidades, os percentuais de completude das informações, as oportunidades e meios de analisar a consistência como estratégia para melhorar a qualidade das informações. O que visava mitigar falhas na qualidade de informação.

Isso porque o roteiro para uso do SINAN-NET, chamado “Análise da Qualidade da Base de Dados e Cálculo de Indicadores Epidemiológicos e Operacionais (2019)”, traz para os profissionais que manipulam a base de dados um passo a passo dos procedimentos necessários. Com esse roteiro espera-se não que os profissionais possam identificar a duplicidade, oportunidades, completude e consistência das informações.

Estas funções cabem aos municípios, estados, distrito federal e federação. Entretanto, essas falhas continuam sendo comuns na base de dados de violência. Nesse sentido o monitoramento da qualidade de notificação de violência se faz urgente.

5 OBJETIVO

Analisar a qualidade do preenchimento da ficha de notificação de violência para o estado do Distrito Federal.

Objetivos específicos:

- Analisar o grau de completude da ficha de notificação do DF utilizando o estado que mais notifica e que menos notifica nos anos de 2009 a 2017 como parâmetro;
- Analisar a curva de crescimento de completude ao longo dos anos de 2009 a 2017 do DF tendo como orientação o estado que mais notifica e que menos notifica;
- Analisar o percentual de completude segundo perfil da mulher, do autor e de violência nos anos de 2009 a 2017;
- Analisar a completude segundo variáveis obrigatórias e essenciais.

6 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir de três subtópicos: definição dos estados para parâmetro, seleção das variáveis e análises estatísticas dos dados. No primeiro foi descrito o processo de seleção dos estados para utilizá-los enquanto parâmetro de análise para o DF. No tópico seleção das variáveis, descreveu-se cinco etapas para a escolha das 72 variáveis de estudo do total de 196 presentes da base de dados do SINAN. Por último, apresentou-se as análises estatísticas dos dados.

6.1 DEFINIÇÃO DOS ESTADOS PARA PARÂMETRO

Para analisar a qualidade do preenchimento de dados do Distrito Federal, optou-se por utilizar como parâmetro um controle positivo e outro negativo. Ou seja, confrontar o DF com duas unidades federativas, uma com o maior e outra com o menor número de violências registradas no sistema. Obviamente, ponderou-se o número de mulheres adultas registradas no sistema pelo respectivo tamanho populacional dessas mulheres em cada UF; esse valor foi multiplicado por 100 mil, resultando na tão conhecida taxa por 100 mil habitantes. O Quadro 3 mostra as taxas por tipos de violência e UF's, com média e mediana.

Por meio da análise de *cluster*, a figura 4 mostra que as UF's podem ser basicamente divididas em 9 grupos. O MS destaca-se com maior taxa de notificação de violências de homens contra mulheres e o SE, com a menor taxa. Sendo assim, MS e SE foram as duas UF's escolhidas para orientar as análises com o DF.

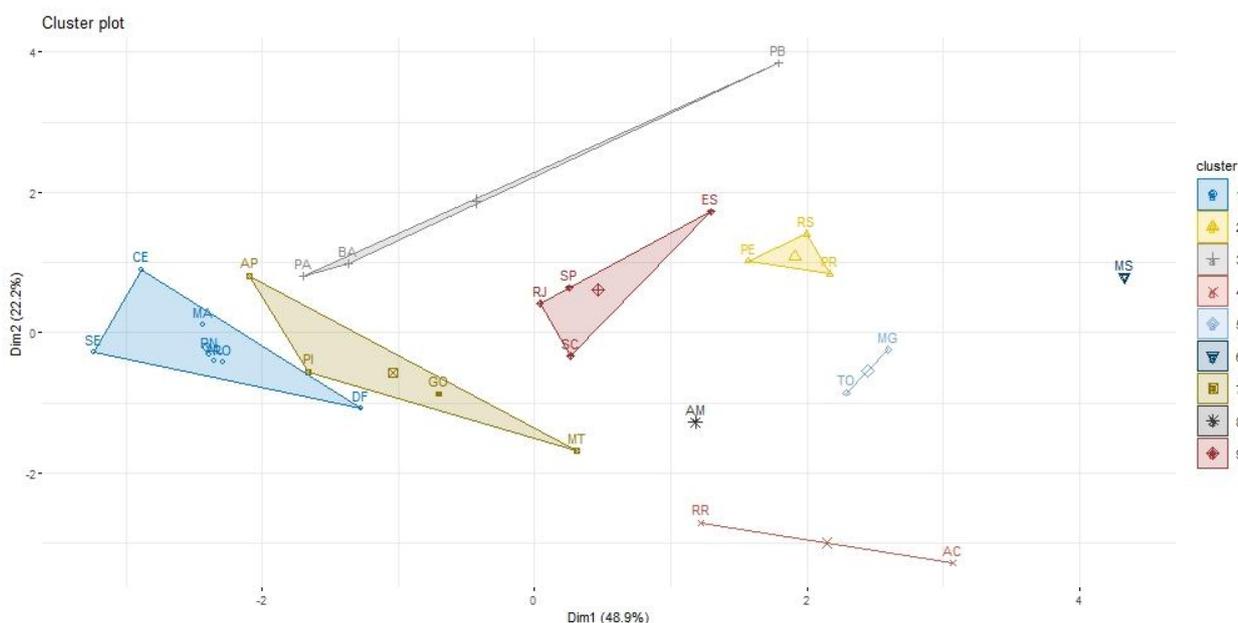
Quadro 3 - Taxa de violências registradas no sistema do SINAN entre os anos de 2009 a 2017 por Unidade Federativa (UF).

UF	Física	Sexual	Psicológica	Financeira	Legal	Negligência	Tortura	Tráfico de Pessoas	Outras	Média	Mediana
SE	12,9	4,3	5,5	0,2	0,1	0,1	0,5	0	0,1	2,62	0,34
CE	13,4	1,8	8	0,7	0	0,4	1,2	0	0,3	2,86	0,94
AL	26,7	4,8	8	0,3	0,1	0,2	1,7	0	0,2	4,65	0,96
MA	18,9	2,2	13,1	0,6	0,1	0,1	1,6	0	0,4	4,11	1,1
DF	19	11,6	10,4	0,7	0,1	0,2	1,6	0	0,2	4,88	1,2
RO	20,8	3,8	8,1	0,3	0,1	0,1	2,1	0	0,3	3,96	1,22
RN	25,3	3,6	9,4	0,4	0,1	0,1	2,2	0	0,2	4,57	1,26
AP	30,8	3,2	12,3	1,4	0,1	0,2	1,4	0	0,6	5,55	1,39
PA	24,6	3,2	26,5	1,3	0	0,2	1,8	0	0,5	6,46	1,56
AM	44,2	10,6	31,6	0,7	0,2	0,3	2,5	0,2	0,4	10,09	1,63
PI	32,4	4,2	12,5	0,4	0,1	0,1	3,4	0	0,3	5,94	1,89
GO	38,2	8,9	15	0,5	0,1	0,3	3,3	0	0,3	7,41	1,94
RJ	58,4	7,2	32,5	1,5	0,1	0,2	2,6	0	0,8	11,48	2,05
MT	36,1	6,3	19,6	0,7	0,4	0,2	3,6	0,1	0,5	7,49	2,15
SP	67,4	5,6	34	2	0,1	0,3	2,6	0	0,6	12,52	2,29
BA	26,6	5,1	17,3	2,9	0,1	0,2	1,9	0	0,3	6,03	2,36
ES	60,7	7,5	34,6	2	0,1	0,2	3,2	0	2,5	12,31	2,81
PE	58,4	10,8	44,6	3,1	0,1	0,4	2,7	0,1	0,7	13,43	2,89
SC	64,1	6,5	31,6	1,3	0,1	0,3	5,1	0	0,4	12,15	3,21
RS	66,4	5,9	55,7	2,6	0,2	0,5	3,8	0	1,4	15,17	3,21
MG	99,6	7,8	46	1,7	0,2	0,3	5,1	0,1	1,2	17,99	3,38
RR	73	13,6	22,4	0,6	0,3	0,1	6,3	0	0,2	12,94	3,47
PR	72,8	9,1	45,6	3,4	0,2	0,6	4,2	0	0,6	15,17	3,78
TO	87,1	9,6	37,4	1,5	0,1	0,2	6,2	0,1	0,7	15,89	3,86
PB	31,2	6,8	21,5	4,4	0,1	1,6	3,4	0,1	1,4	7,81	3,89
MS	135,2	8,8	52,9	1,7	0,2	1,1	6,4	0,1	1,3	23,09	4,07
AC	69,6	13,9	27,8	0,4	0,3	0,2	7,8	0,2	0,4	13,4	4,08

Taxa calculada por 100 mil habitantes considerando o tamanho populacional de mulheres entre as faixas de 20 a 59 anos em cada UF.

Fonte: Produzido pela pesquisadora com dados do SINAN (2009-2017) e CENSO 2000 e 2010.

Figura 4 – Clusterização das unidades federativas do Brasil segundo a taxa de violências registradas no SINAN entre os anos de 2009 a 2017.



Fonte: Produzido pela pesquisadora com dados do SINAN (2009-2017) e CENSO 2000 e 2010.

6.2 SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS PARA ESTUDO

A base de dados do SINAN conta com um total de 196 variáveis e 1.543.701 de notificações, entre os anos de 2009 a 2017. A seleção das variáveis e da amostra para esse estudo foi realizada em quatro etapas. O Apêndice C foi produzido para mostrar todo o processo de seleção das variáveis existentes na base de dados.

Para compreender o número total de 196 variáveis no banco de dados ao longo dos anos, é importante salientar que esse total é composto por:

- variáveis advindas das fichas de notificação anteriores à versão atual, como visto no tópico 2.4.3;
- variáveis da ficha de notificação vigente, sendo importante frisar que a ficha atual consta com 69 campos para preenchimento, entretanto alguns campos são compostos por inúmeras variáveis, como exemplo, o campo violência que possui 19 variáveis. O tópico 4.2.3 traz todos os grupos de variáveis por campo;

- lixo.

A primeira etapa para a seleção das variáveis consistiu em excluir as variáveis que não apresentavam conteúdo algum entre os anos de estudo (2009 a 2017), ou seja, estavam completamente em branco. Nessa etapa, 28 variáveis foram excluídas (Apêndice C). A Etapa II considerou apenas as variáveis que pertencem ao Dicionário de Dados do SINAN – NET – Versão 5.0, pois sem o dicionário não seria possível compreender os códigos, as categorias e as demais informações necessárias para a interpretação da variável, portanto foram excluídas 42 variáveis (Apêndice C).

Na Etapa III foi selecionado as variáveis para a filtragem da base de dados e realizar assim a seleção da amostra (Apêndice C). Além disso, foram excluídas variáveis que não estavam alinhadas a nenhum dos objetivos do trabalho.

Ao que se refere ao processo de filtragem, construiu-se o Apêndice D para evidenciar separadamente as variáveis utilizadas para a filtragem e no Apêndice E foi explicitado o processo de filtragem com as categorias das variáveis. Nesse processo, a amostra selecionou mulheres brasileiras que residiam no Brasil, entre 20 a 59 anos, que sofreram violência perpetrada por homens cuja notificação foi entre os anos de 2009 a 2017. O processo de seleção de idade está melhor descrito no item 6.2.1.

Ainda na Etapa III, foram excluídas as variáveis que não estavam alinhadas aos objetivos do trabalho, neste caso, excluiu-se mulheres gestantes, com transtorno e/ou deficiência e/ou síndromes (18 variáveis excluídas). Estas mulheres não foram contempladas pelas especificidades de suas categorias de análise, o que o trabalho não pretende realizar.

O resultado de todas essas etapas foi de 85 variáveis para estudo com 2175 mulheres notificadas no Distrito Federal, 9688 mulheres no Mato Grosso do Sul e 896 mulheres no Sergipe.

Já, a Etapa IV consistiu em realizar a redefinição das categorias de grau de relacionamento do autor com as mulheres, a saber:

6.2.1 Idade

A base de dados foi explorada quanto a faixa etária dos usuários, cujas variáveis específicas são DT_NASC e NU_IDADE. Neste caso, quando o profissional coloca a data de nascimento (variável DT_NASC), automaticamente é registrada a

idade (variável NU_IDADE_N), se registra apenas a idade, a data de nascimento fica em branco. Então, para garantir a veracidade das informações contidas na base, foi considerado os seguintes critérios:

- Se a data de nascimento não corresponde com a idade, foi considerado erro;
- Se não tem dados na data de nascimento e na idade, foi considerado “em branco”;
- Se tem apenas a idade e não a data de nascimento, manteve-se a idade como certa;
- Se a data de nascimento corresponde com a idade registrada, manteve-se a idade como certa.

Desta forma, foram contabilizados 4 erros (aproximadamente 0%) e 15.735 (aproximadamente 3%) em branco.

Após retirar os registros errados de idade da base do SINAN, as estatísticas mostram que a média de idade das mulheres agredidas por homens, entre os anos de 2009 a 2017, é de 28.35 anos com desvio padrão de 15.44, significando que em média, as mulheres são agredidas dos 13 aos 43 anos de idade. Ao dividir essa população média em duas fases, conforme adotado pelo IBGE (Fase Pré-adolescente e adolescentes (10 a 19 anos) e Fase Adulta (20 a 40 anos), nota-se que a maioria das agredidas estão na fase adulta e para além, a taxa de violência por 100 mil habitantes mulheres, têm uma tendência de aumentar conforme há o incremento na idade, dessa forma optou-se por extrapolar a idade média máxima observada e focar na fase das mulheres adultas de 20 a 59 anos.

Tabela 1 – Distribuição de Frequência considerando as faixas etárias adotadas na presente pesquisa.

Fase de Desenvolvimento	Idade	População¹	Número Absoluto de Mulheres Agredidas	Taxa de Violência por 100 mil Habitantes
Fase Pré-adolescente e Adolescente	10 a 19	151018651	142523 (14,8%)	94,37
Fase Adulta até os 40 anos	20 a 40	313555751	303645 (31,7%)	96,83
Fase Adulta Completa	20 a 59	513651171	511154 (53,3%)	99,51

Fonte: Número populacional de mulheres na respectiva faixa etária segundo IBGE, 2021.

6.2.2 Grau de relacionamento dos autores com as mulheres

O grau de relacionamento com as mulheres conta com 15 variáveis. Para facilitar a análise, algumas variáveis foram agrupadas como consta no Quadro 4.

Quadro 4: União das variáveis para encaminhamentos

Nº	União das Variáveis		Significado da Variável	Categorias das Variáveis
1	REL_CONJ	REL_NAMO	Autor Cônjuge ou Namorado	1. sim 2. não 9. ignorado
2	REL_PAI	REL_PAD	Autor Pai ou Padrasto	1. sim 2. não 9. ignorado
3	REL_EXCON	REL_EXNAM	Autor Ex-cônjuge ou Ex-namorado	1. sim 2. não 9. ignorado
4	REL_INST	REL_PATRAO	Autor com Relação Institucional, Patrão ou Chefe	1. sim 2. não 9. ignorado
5	REL_FILHO	REL_IRMAO	Autor Filho ou Irmão	1. sim 2. não 9. ignorado

Fonte: Produzido pela pesquisadora.

Com a seleção da amostra definida, foi construído o Apêndice F com todas as especificidades das variáveis:

- seu respectivo campo. Exemplo: a variável violência física pertence ao campo violência;
- classificação do campo de preenchimento (obrigatório ou essencial ou campo chave). Exemplo: a variável sexo é de preenchimento obrigatório;
- código da variável. As variáveis são descritas na base de dados por meio de códigos. Exemplo: Violência Tráfico de Seres Humanos tem como código: VIOL_TRAF;
- categorias das variáveis. Cada variável pode ser composta por opções de seleção, um exemplo disso é a variável zona de ocorrência. Ela tem como categorias: urbana, rural, periurbana e ignorado.
- Para além, foi descrito o conceito ou definição e/ou orientação dada aos profissionais para cada variável segundo o VIVA: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada (Brasil, 2016). Como exemplo, os profissionais são orientados para hora da ocorrência da seguinte maneira: preencher com a hora aproximada da ocorrência do evento, declarada ou provável, abrangendo o período de 00h00 (zero hora) até 23h59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos). Além

de orientações o VIVA (2006), define/conceitua as variáveis ou categorias. Um exemplo disso para a residência enquanto local de ocorrência é: lugar utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima. Inclui a própria residência da pessoa atendida/ vítima ou, quando for o caso, a de amigos, parentes, vizinhos, cônjuge, namorado(a), provável autor(a) da agressão(a) etc. Pode ser apartamento, casa, casa de cômodos, casa de fazenda, dependências residenciais (garagem, jardim, pátio, piscina), pensão familiar, barraco, barracão, trailer).

Por fim, todas essas informações foram organizadas no APÊNDICE F segundo a ordem de apresentação dos blocos da ficha de notificação (ANEXO 1), são eles:

- Dados Gerais: 9 variáveis;
- Notificação Individual: 2 variáveis;
- Dados de Residência: 3 variáveis;
- Dados da Pessoa Atendida: 4 variáveis;
- Dados da Ocorrência: 5 variáveis;
- Violência: 19 variáveis;
- Violência Sexual;
- Dados do provável autor de violência: 18 variáveis;
- Encaminhamentos: 9 variáveis;
- Dados Finais: 2 variáveis;

6.2.3 Seleção da Variável Sexo e Discussão de Gênero

Para seleção da amostra, como já explicitado, houve a filtragem pela categoria sexo, no caso, o sexo feminino. Na área da saúde o sexo marca as diferenças biológicas entre humanos. Essas diferenças estão relacionadas aos aspectos anatômicos e fisiológicos do aparelho reprodutivo e eventualmente com características genéticas vinculadas aos cromossomos x ou y.

O sexo que é biologicamente determinado, influencia nas condições de saúde das pessoas, entretanto a variável sexo não abarca as dimensões de gênero. O gênero abrange as relações assimétricas de poder entre homens e mulheres, também já discutido na dissertação.

Ainda que haja a seleção para a amostra pela variável sexo é possível realizar a discussão de gênero. A ficha de notificação vai além da variável sexo, com variáveis para preenchimento do nome social, identidade de gênero e orientação sexual. A compreensão de gênero enquanto categoria analítica e não necessariamente enquanto variável de seleção de estudo, permite a discussão da completude das informações, no questionamento do porquê determinadas variáveis são mais ou menos preenchidas do que outras.

6.2.4 Análise Estatísticas dos Dados

A análise das Estatística dos dados foram apresentados em dois eixos centrais: (i) análise da completude de preenchimento total e seu grau (2009-2017) e (ii) análise da completude de preenchimento ao longo dos anos (2009 a 2017).

No primeiro item foram usadas estatísticas descritivas (distribuição de frequência) como números absolutos e percentuais e quanto a qualidade do grau de completude, foi utilizado o referencial de Romero e Cunha (2002) (BRASIL, 2019a). Para os autores, o grau pode ser considerado excelente acima de 95%, bom entre 90% e 95%, regular entre 80% e 90%, ruim entre 50% e 80% e muito ruim abaixo de 50%.

Para o segundo item foram utilizadas estatísticas descritivas e modelo de regressão linear que lida com métodos para investigação da existência de associações entre variáveis quantitativas (GRAYBILL; IYER, 1994). Um modelo de regressão linear é uma equação matemática que fornece informações sobre a influência de variáveis independentes (X) sobre a variável alvo de interesse (Y) e pode ser descrita pela seguinte fórmula:

$$Y = b_0 + b_1X,$$

em que no problema aqui proposto, Y indica a completude em cada ano X. Para saber como é o comportamento dessa curva, estima-se os valores de b_0 e b_1

por meio de uma técnica chamada de mínimos quadrados (MONTGOMERY; PECK, 1992).

A equação acima é chamada de linear simples porque a relação causal entre as duas variáveis pode ser expressa por uma reta. No entanto, se a relação entre X e Y não for estritamente crescente, ou seja, se houver mudanças no crescimento ao longo dos anos, outras equações matemáticas fazem-se necessárias, como por exemplo, a regressão linear quadrática:

$$Y = b_0 + b_1X + b_2X^2,$$

Neste caso, incluiu-se mais um parâmetro b_2 , o qual cumprirá o papel de fornecer informações adicionais sobre o crescimento da curva, como por exemplo considerar pontos em que a curva muda de comportamento.

Para analisar a qualidade da curva ajustada, ou seja, se ela em média representa bem a curva observada entre X e Y, recorre-se à análise do coeficiente de explicação, o R^2 (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2006). Um coeficiente de explicação pode variar entre 0% a 100%, quanto mais próximo de 100% melhor o ajuste da equação a curva observada.

7 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em dois eixos centrais: (i) análise do grau de completude de preenchimento total (2009-2017) e (ii) análise da completude de preenchimento ao longo dos anos (2009 a 2017).

O primeiro eixo foi explicado por meio de três tópicos e o segundo por um. Para o primeiro eixo, o primeiro tópico foi apresentado às semelhanças do DF com o SE e MS considerando as variáveis segundo o tipo de preenchimento (obrigatórias e essenciais), já o segundo tópico considerou o perfil da mulher, de violência e dos autores da agressão. O último tópico do eixo apresenta as diferenças do DF com o SE e MS.

O eixo dois é trabalhado no tópico completude ao longo dos anos em que mostra o crescimento ou não das variáveis entre os anos de 2009 a 2017. Por último, foi apresentado um panorama geral dos resultados aplicados ao perfil epidemiológico de violência no DF.

7.1 GRAU DE COMPLETUDE ENTRE VARIÁVEIS OBRIGATÓRIAS E ESSENCIAIS

Na Tabela 2 foram realizadas análises da distribuição de frequência de dados completos e incompletos para o total dos anos (2009-2017), considerando a orientação de preenchimento da variável e analisando qualitativamente o grau de completude segundo Romero e Cunha (2002).

Vale lembrar que o SINAN indica campos com orientação de preenchimento obrigatórios ou essenciais. Os campos obrigatórios são aqueles que se não preenchidos não será possível inserir a ficha no sistema. Já, o preenchimento ou não dos campos essenciais não afetarão a inserção da ficha no sistema, ou seja, a ficha será inserida de qualquer maneira.

A completude representa o grau em que as notificações de violência apresentam valores não-nulos, ou seja, não estão em branco ou ignorados. Para avaliar o grau de completude, utilizou-se o referencial de Romero e Cunha (2007) em que variáveis com percentual de preenchimento sem ignorados e/ou em branco são

considerados: excelente ($\geq 95\%$), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ($< 50\%$).

Como resultado foram observadas que algumas variáveis, inclusive as obrigatórias, não apresentavam grau de completude adequado para uma análise e mapeamento apropriados da violência no Brasil.

Tabela 2 - Total Percentual e Absoluto de Completude e Incompletude das variáveis por ano e UF e Análise do Grau total de completude das variáveis.

Variáveis	Tipo de Campo	UF	Total				Grau de Completude
			Completo		Incompleto		
			N	%	N	%	
Dados Gerais							
Tipo de Notificação	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	2175	100	0	0	excelente
Agravado/Doença	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	2175	100	0	0	excelente
Data da Notificação	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	2175	100	0	0	excelente
Município de Notificação	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	2175	100	0	0	excelente
Regional de Saúde da Notificação	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	0	0	2175	100	muito ruim
Semana Epidemiológica de Notificação	Obrigatório	SE	610	100	0	0	excelente
		MS	5143	100	0	0	excelente
		DF	1181	100	0	0	excelente
Data da Ocorrência	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	2175	100	0	0	excelente
Unidade de Saúde	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	2175	100	0	0	excelente
Notificação Individual							
Raça/Cor	Essencial	SE	533	59	363	41	ruim
		MS	8542	88	1146	12	regular
		DF	1327	61	848	39	ruim
Escolaridade	Essencial	SE	369	41	527	59	muito ruim
		MS	5937	61	3751	39	ruim
		DF	903	44	1162	56	muito ruim

Tabela 2 - Total Percentual e Absoluto de Completude e Incompletude das variáveis por ano e UF e Análise do Grau total de completude das variáveis - continuação

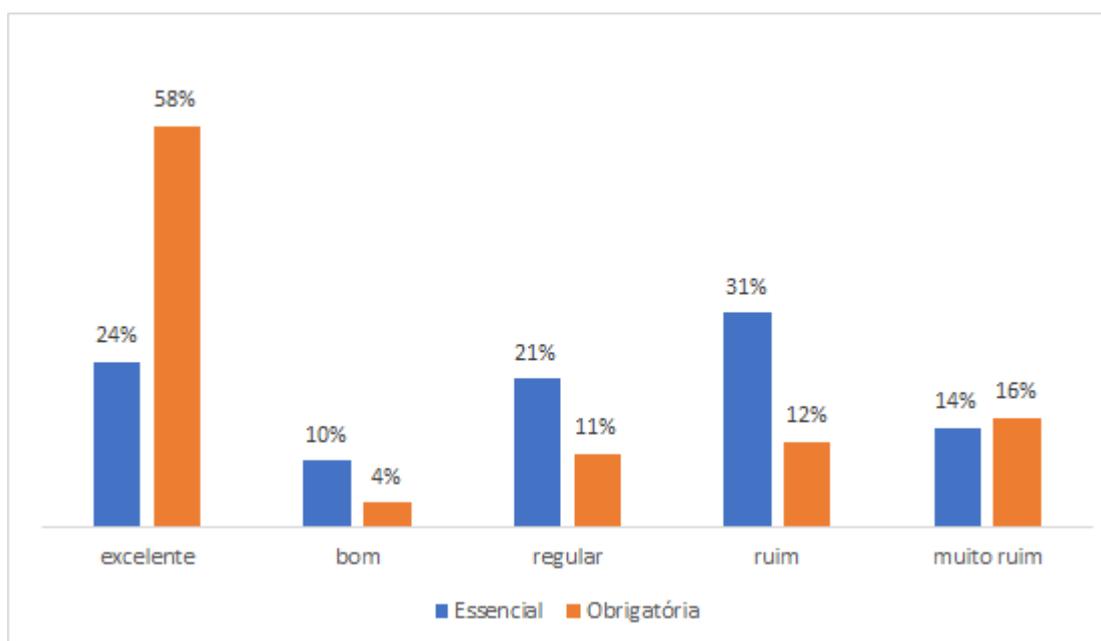
Variáveis	Tipo de Campo	UF	Total				Grau de Completitude
			Completo		Incompleto		
			N	%	N	%	
Dados de Residência							
Município de Residência	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	2175	100	0	0	excelente
Regional de Saúde da área de Abrangência da Residência	Obrigatório	SE	896	100	0	0	excelente
		MS	9688	100	0	0	excelente
		DF	0	0	2175	100	muito ruim
Zona	Essencial	SE	859	96	37	4	excelente
		MS	9586	99	102	1	excelente
		DF	1975	91	200	9	bom
Dados da Pessoa Atendida							
Ocupação	Essencial	SE	315	35	581	65	muito ruim
		MS	4304	44	5384	56	muito ruim
		DF	830	38	1345	62	muito ruim
Situação Conjugal	Essencial	SE	621	69	275	31	ruim
		MS	8676	90	1012	10	regular
		DF	1683	77	492	23	ruim
Orientação Sexual	Obrigatório	SE	302	50	594	50	muito ruim
		MS	3108	60	2035	40	ruim
		DF	502	43	679	57	muito ruim
Identidade de Gênero	Obrigatório	SE	281	46	615	54	muito ruim
		MS	68	2	4062	98	muito ruim
		DF	321	27	860	73	muito ruim
Dados da Ocorrência							
Município da Ocorrência	Obrigatório	SE	881	98	15	2	excelente
		MS	9515	98	173	2	excelente
		DF	2053	94	122	6	bom
Zona de Ocorrência	Obrigatório	SE	796	89	100	11	regular
		MS	9425	97	263	3	excelente
		DF	1775	82	400	18	regular
Hora de Ocorrência	Essencial	SE	532	59	364	41	ruim
		MS	7585	78	2103	22	ruim
		DF	1086	50	1089	50	muito ruim
Local da Ocorrência	Obrigatório	SE	668	75	228	25	ruim
		MS	8394	98	141	2	excelente
		DF	1780	82	388	18	regular
Ocorreu Outras Vezes?	Essencial	SE	593	66	303	34	ruim
		MS	8828	84	1737	16	regular
		DF	1754	71	701	29	ruim

Tabela 2 - Total Percentual e Absoluto de Completude e Incompletude das variáveis por ano e UF e Análise do Grau total de completitude das variáveis - continuação

Variáveis	Tipo de Campo	UF	Total				Grau de Completitude
			Completo		Incompleto		
			N	%	N	%	
Violência							
Tipo de Violência	Obrigatório	SE	7750	86	1252	14	regular
		MS	86899	94	5436	6	bom
		DF	17868	86	2888	14	regular
Meio de Agressão	Essencial	SE	6514	81	1550	19	regular
		MS	83283	96	3909	4	excelente
		DF	16840	86	2735	14	regular
Violência Sexual							
Se ocorreu violência Sexual, qual tipo?	Essencial	SE	3237	91	308	9	bom
		MS	37919	98	684	2	excelente
		DF	6771	91	649	9	bom
Procedimento Realizado	Essencial	SE	6409	89	759	11	regular
		MS	64809	96	3007	4	excelente
		DF	15270	88	2130	12	regular
Dados do Provável Autor							
Número de Envolvidos	Essencial	SE	726	81	170	19	regular
		MS	9555	99	133	1	excelente
		DF	2098	96	77	4	excelente
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	Obrigatório	SE	9453	70	4121	30	ruim
		MS	139443	96	5877	4	excelente
		DF	28732	88	3893	12	regular
Suspeita de uso de álcool	Essencial	SE	609	68	287	32	ruim
		MS	7899	82	1789	18	regular
		DF	1386	64	789	36	ruim
Ciclo de vida do provável autor da violência	Obrigatório	SE	284	47	326	53	muito ruim
		MS	3402	66	1741	34	ruim
		DF	527	45	654	55	muito ruim
Encaminhamento							
Encaminhamento	Obrigatório	SE	3491	71	2049	29	ruim
		MS	34832	75	11455	25	ruim
		DF	7521	63	3108	37	ruim
Dados Finais							
Violência Relacionada ao Trabalho	Essencial	SE	662	74	234	26	ruim
		MS	9267	96	421	4	excelente
		DF	1700	78	475	22	ruim
Se Sim, foi emitida a CAT	Essencial	SE	807	90	89	10	bom
		MS	9572	99	116	1	excelente
		DF	2081	96	94	4	excelente

Quando analisado o grau de completude entre as variáveis obrigatórias e essenciais para todos os estados, foi observado que as variáveis obrigatórias apresentaram para o grau “excelente” mais que o dobro de preenchimento (58%) do que as essenciais (24%). Já as variáveis essenciais (52%) apresentaram aproximadamente 20% mais de completude “regular” e “ruim” do que as obrigatórias (23%) (Figura 4).

Figura 5 - Percentual médio do grau de completude por tipo de preenchimento da ficha de notificação para DF, MS e SE entre os anos de 2009 a 2017.



Fonte: SINAN 2009-2017.

Para todos os estados, variáveis obrigatórias consideradas “muito ruins” ou “ruins” quanto a completude são: orientação sexual, identidade de gênero, ciclo de vida do provável autor de violência e encaminhamento. Dessas, duas variáveis auxiliam na descrição do perfil da mulher e uma auxilia na garantia da continuidade do tratamento dela. Variáveis essenciais consideradas “muito ruins” ou “ruins” quanto à completude são: escolaridade, ocupação e hora de ocorrência. Apresentando mais duas variáveis importantes para a compreensão do perfil da mulher.

As variáveis que apresentaram grau de completude “excelente” para todos os estados foram as de tipo de preenchimento obrigatório, são elas: tipo de notificação, agravo/doença, data da notificação, município de notificação, semana epidemiológica de notificação, data da ocorrência, unidade de saúde e município de residência.

Dessas, sete pertencem ao bloco da ficha “dados gerais” e quatro delas, o sistema preenche automaticamente, ou seja, apenas três são de preenchimento do profissional de saúde.

7.2 GRAU DE COMPLETUDE ENTRE VARIÁVEIS QUE DESCRIVEM O PERFIL DA MULHER, DE VIOLÊNCIA E DO AUTOR DA VIOLÊNCIA

Quando observado que variáveis importantes para a compreensão do perfil das mulheres apresentaram grau de completude “ruim” e “muito ruim” para todos os estados, foi realizada também análises considerando o perfil das mulheres, de violência e do autor, segundo variáveis de interesse. No quadro abaixo é apresentado a seleção das variáveis para análise dos perfis.

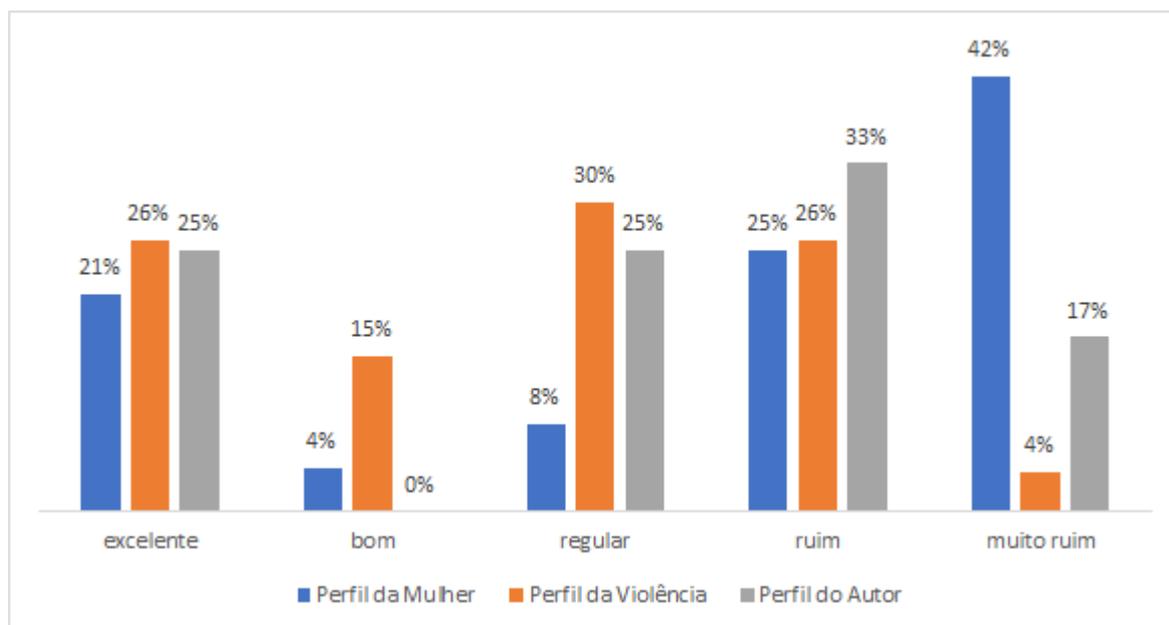
Quadro 5 - variáveis selecionadas para estudo por perfil das mulheres, de violência e do autor.

Perfil da Mulher	Perfil de Violência	Perfil do Autor
Município de Residência	Município da Ocorrência	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida
Orientação Sexual	Zona de Ocorrência	Ciclo de vida do provável autor de violência
Identidade de Gênero	Local da Ocorrência	Número de Envolvidos
Raça/Cor	Tipo de Violência	Suspeita de uso de álcool
Escolaridade	Hora de Ocorrência	
Zona	Ocorreu Outras Vezes?	
Ocupação	Meio de Agressão	
Situação Conjugal	Se ocorreu violência Sexual, qual tipo?	
	Violência Relacionada ao Trabalho	

Fonte: Dicionário de Dados de Violência Interpessoal/Autoprovocada, 2017.

Ao comparar o grau de completude para todas as UF's por perfil das mulheres, do autor e de violência, foi possível observar que o perfil das mulheres é o que possui maior grau de completude “muito ruim”, com ao menos 20% de diferença para o perfil de violência e do autor da agressão. Além disso, para o perfil das mulheres, os graus de completude “bom” e “regular” apresentaram menos da metade dos percentuais quando comparados ao perfil de violência (figura 5).

Figura 6 - Percentual médio do grau de completude segundo perfil para DF, MS e SE entre os anos de 2009 a 2017.



Fonte: SINAN 2009-2017.

Após realizadas análises comparativas para variáveis obrigatórias e essenciais e para os perfis das mulheres, do autor e de violências mostrando ao mesmo tempo as similaridades para os três estados, abaixo foram apresentadas análises destacando as diferenças do DF para SE e MS.

7.3 GRAU DE COMPLETUE: DIFERENÇA PARA O DF EM RELAÇÃO A SE E MS

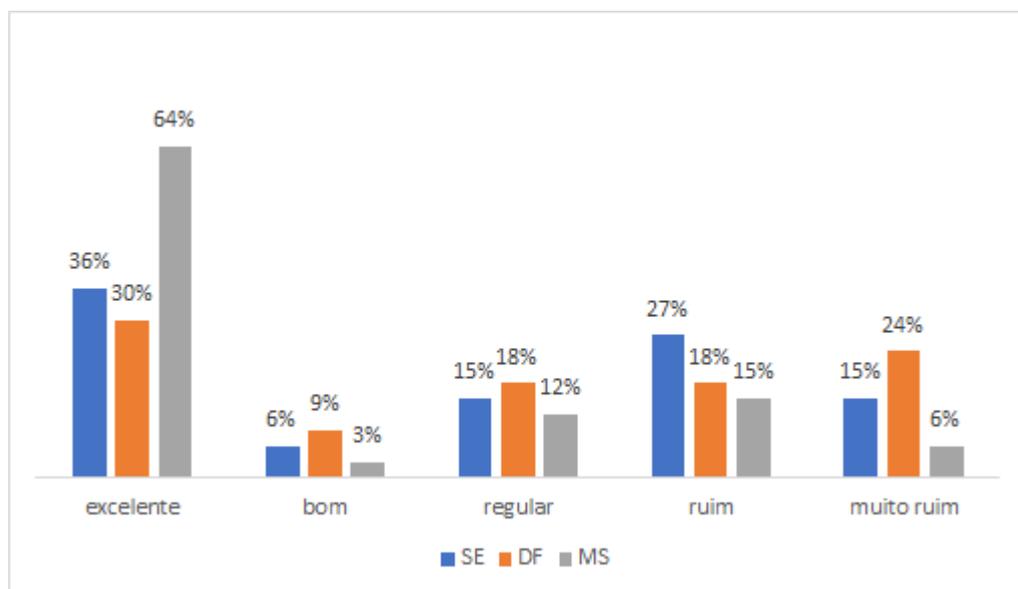
Variáveis em que MS e SE tiveram grau de completude “excelente” e “bom” e o DF com grau “ruim” ou “muito ruim” foram: regional de saúde de notificação (dados gerais) e regional de saúde de notificação (dados de residência). Variáveis essenciais

em que o DF se assemelha ao SE quanto ao grau “ruim” e o MS apresenta grau regular são: raça/cor, situação conjugal, “ocorreu outras vezes?” e suspeita de uso de álcool, ou seja, o DF apresenta qualidade “ruim” para três variáveis capazes de descrever o perfil da mulher em relação aos outros estados (Tabela 2).

Para o bloco da ficha de notificação, dados da ocorrência, violência e violência sexual no DF, as variáveis apresentam grau de completude “bom” ou “regular”. Elas se assemelham ao SE e se distanciam do MS (Tabela 2).

Na Tabela 3 foi apresentado a completude para os anos de 2009 a 2017 e seu total. Em análise para o grau de completude por UF, de modo geral, é possível observar que o Distrito Federal se assemelha mais ao Sergipe do que o Mato Grosso do Sul. O DF se destaca com aproximadamente 30% menos preenchimento com grau “excelente” de completude do que MS e é o estado que possui maior percentual para grau “muito ruim”, conforme figura 6.

Figura 7: Percentual do grau de completude para DF, MS e SE entre os anos de 2009 a 2017.



Fonte: SINAN 2009-2017.

Enquanto que o Mato Grosso do Sul é o estado que possui o maior grau de completude para todos os anos, com sua média máxima de 91% e o mínimo de 77%, o Distrito Federal é o estado que apresenta menor grau de completude com média mínima de 60% e máximo de 78%. Nesse sentido, o DF se assemelha mais ao SE, pois foram 16 categorias com o mesmo grau de completude (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequência da Completude das variáveis por ano e UF.

Variáveis	UF	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dados Gerais																			
Tipo de Notificação	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1168	100	1293	100	1385	100
	DF	147	100	140	100	188	100	236	100	283	100	261	100	245	100	248	100	427	100
Agravado/Doença	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1168	100	1293	100	1385	100
	DF	147	100	140	100	188	100	236	100	283	100	261	100	245	100	248	100	427	100
Data da Notificação	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1168	100	1293	100	1385	100
	DF	147	100	140	100	188	100	236	100	283	100	261	100	245	100	248	100	427	100
Município de Notificação	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1168	100	1293	100	1385	100
	DF	147	100	140	100	188	100	236	100	283	100	261	100	245	100	248	100	427	100
Regional de Saúde da Notificação	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1168	100	1293	100	1385	100
	DF	1	0	0	0	1	0	5	0	6	0	2	0	9	0	7	0	15	0
Semana Epidemiológica de Notificação	SE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1297	100	1168	100	1293	100	1385	100
	DF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	261	100	245	100	248	100	427	100
Data da Ocorrência	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1166	100	1286	100	1382	100
	DF	147	100	140	100	188	100	236	100	283	100	261	100	245	100	248	100	427	100
Unidade de Saúde	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1166	100	1286	100	1382	100
	DF	147	100	140	100	188	100	236	100	283	100	261	100	245	100	248	100	427	100

Tabela 3 - Distribuição de frequência da Completude das variáveis por ano e UF. Continuação

Variáveis	UF	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Notificação Individual																			
Raça/Cor	SE	14	93	8	89	39	98	53	90	105	64	113	71	81	53	44	31	76	48
	MS	427	84	789	81	886	89	850	86	958	89	1153	89	1029	88	1121	87	1329	96
	DF	95	65	74	53	77	41	164	69	179	63	156	60	126	51	143	58	313	73
Escolaridade	SE	6	40	7	78	28	70	38	64	62	38	80	50	61	40	28	20	59	37
	MS	340	67	582	60	649	65	599	60	650	61	742	57	689	59	789	61	897	65
	DF	67	47	47	34	53	28	115	51	131	49	100	40	94	41	98	42	198	51
Dados de Residência																			
Município de Residência	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1168	100	1293	100	1385	100
	DF	147	100	140	100	188	100	236	100	283	100	261	100	245	100	248	100	427	100
Regional de Saúde da área de Abrangência da Residência	SE	15	100	9	100	40	100	59	100	163	100	159	100	152	100	140	100	159	100
	MS	508	100	976	100	998	100	992	100	1071	100	1297	100	1168	100	1293	100	1385	100
	DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Zona	SE	15	100	8	89	37	93	53	90	160	98	153	96	143	94	137	98	153	96
	MS	496	98	972	100	988	99	986	99	1070	100	1279	99	1157	99	1271	98	1367	99
	DF	142	97	131	94	177	94	222	94	282	100	204	78	195	80	221	89	401	94
Dados da Pessoa Atendida																			
Ocupação	SE	7	47	6	67	28	70	42	71	69	42	55	35	40	26	23	16	45	28
	MS	173	34	466	48	510	51	516	52	542	51	676	52	444	38	373	29	604	44
	DF	92	63	81	58	99	53	101	43	103	36	76	29	81	33	56	23	141	33
Situação Conjugal	SE	10	67	7	78	40	100	53	90	138	85	123	77	104	68	68	49	78	49
	MS	475	94	755	77	930	93	920	93	987	92	1184	91	1031	88	1152	89	1242	90
	DF	127	86	115	82	159	85	201	85	242	86	203	78	162	66	167	67	307	72
Orientação Sexual	SE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	9	93	61	94	67	100	63
	MS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	179	14	820	70	980	76	1129	82
	DF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	11	86	35	122	49	264	62

Tabela 3 - Distribuição de frequência da Completude das variáveis por ano e UF. Continuação

Variáveis	UF	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Identidade de Gênero	SE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	6	86	57	91	65	95	60
	MS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	22	2	23	2	22	2
	DF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2	50	20	78	31	187	44
Dados da Ocorrência																			
Município da Ocorrência	SE	15	10	8	89	40	100	55	93	160	98	154	97	152	100	138	99	159	100
	MS	492	97	896	92	985	99	979	99	1040	97	1284	99	1163	100	1292	100	1384	100
	DF	136	93	131	94	180	96	218	92	251	89	222	85	241	98	248	100	426	100
Zona de Ocorrência	SE	15	10	8	89	37	93	46	78	146	90	132	83	137	90	126	90	149	94
	MS	486	96	960	98	971	97	972	98	1050	98	1261	97	1134	97	1249	97	1342	97
	DF	130	88	124	89	170	90	204	86	225	80	185	71	173	71	188	76	376	88
Hora de Ocorrência	SE	11	73	3	33	18	45	18	31	97	60	82	52	98	64	100	71	105	66
	MS	438	86	834	85	808	81	780	79	841	79	976	75	849	73	972	75	1087	78
	DF	112	76	103	74	130	69	124	53	152	54	105	40	105	43	104	42	151	35
Local da Ocorrência	SE	13	87	9	10	39	98	54	92	134	82	123	77	107	70	74	53	115	72
	MS	416	99	820	98	868	99	857	99	924	99	1127	98	1024	99	1141	99	1217	98
	DF	130	89	126	90	159	85	192	82	238	84	210	81	164	67	188	76	373	88
Ocorreu Outras Vezes?	SE	11	73	9	10	38	95	54	92	120	74	116	73	94	62	57	41	94	59
	MS	836	86	866	87	836	84	921	86	1062	82	948	81	1083	84	1138	82	1138	82
	DF	119	85	143	76	166	70	206	73	171	66	148	60	165	67	318	74	318	74
Violência																			
Tipo de Violência	SE	124	84	56	60	316	83	527	96	1397	93	1184	74	1196	79	1238	88	1512	94
	MS	455	99	854	97	8351	93	8505	95	9144	95	11306	87	10853	93	12334	95	13347	96
	DF	105	80	111	88	1363	81	1878	88	2199	86	2134	82	2196	90	2159	87	3773	88
Meio de Agressão	SE	112	83	39	48	268	74	438	82	1224	83	1064	74	1060	77	1080	86	1229	86
	MS	442	98	844	96	8335	93	8461	95	9082	94	11105	95	9912	94	11147	96	12315	99
	DF	974	74	106	83	1331	79	1820	86	2149	84	2035	87	2089	95	2009	90	3387	88

Tabela 3 - Distribuição de frequência da Completude das variáveis por ano e UF. Continuação

Variáveis	UF	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Violência Sexual																			
Se ocorreu violência Sexual, qual tipo?	SE	41	69	20	57	142	90	236	100	618	96	537	85	549	90	516	93	578	94
	M	196																	
	S	3	97	3829	98	3839	97	3876	98	4163	98	4983	97	4626	99	5127	99	5513	100
Procedimento Realizado	DF	430	85	438	91	546	89	725	89	838	87	833	93	816	98	799	94	1346	92
	SE	77	64	50	69	284	89	454	96	1218	93	1062	83	1082	89	1050	94	1132	89
	M	337																	
	S	1	95	6190	91	6641	95	6763	97	7206	96	8596	95	7857	96	8745	97	9440	97
	DF	965	82	945	84	1358	90	1611	85	1898	84	1822	87	1843	94	1836	93	2992	88
Dados do Provável Autor																			
Número de Envolvidos	SE		10																
	M	15	0	9	100	40	100	59	100	141	87	138	87	118	78	83	59	123	77
	S	500	98	964	99	979	98	980	99	1059	99	1284	99	1145	98	1275	99	1369	99
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	DF	142	97	135	96	183	97	228	97	272	96	251	96	238	97	234	94	415	97
	SE	163	67	89	60	521	83	870	96	2120	86	1535	64	1366	60	975	46	1814	76
	M	749		1417															
Suspeita de uso de álcool	S	9	98	2	97	13694	91	14200	95	15244	95	18597	96	16660	95	18765	97	20612	99
	DF	168																	
	S	8	77	1796	86	2206	78	3142	89	3484	82	3496	89	3519	96	3523	95	5878	92
Ciclo de vida do provável autor da violência	SE	11	73	7	78	32	80	49	83	104	64	100	63	90	59	87	62	129	81
	M																		
	S	421	83	773	79	838	84	801	81	862	80	1051	81	935	80	1067	83	1151	83
Encaminhamento	DF	80	54	111	79	129	69	163	69	174	61	158	61	137	56	149	60	285	67
	SE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	11	70	46	70	50	127	80
	M																		
Encaminhamento	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	197	15	936	80	1104	85	1165	84
	DF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	3	134	55	135	54	251	59
	SE																		
Encaminhamento	M																		
	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	19	996	88	1077	82	1331	86
	DF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2403	21	9380	89	10955	94	12094	97

DF - - - - - - - - - - 451 5 1936 76 1821 87 3313 95

Tabela 3 - Distribuição de frequência da Completude das variáveis por ano e UF. Continuação

Variáveis	UF	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dados Finais																			
Violência Relacionada ao Trabalho	SE	4	27	7	78	27	68	48	81	134	82	98	62	114	75	103	74	127	80
	MS	502	99	955	98	963	96	944	95	1015	95	1230	95	1120	96	1228	95	1310	95
	DF	126	86	122	87	159	85	189	80	227	80	184	70	166	68	167	67	360	84
Se Sim, foi emitida a CAT	SE	7	47	9	100	39	98	58	98	150	92	132	83	147	97	131	94	134	84
	MS	506	100	974	100	991	99	981	99	1048	98	1274	98	1152	99	1271	98	1375	99
	DF	142	97	134	96	178	95	219	93	260	92	248	95	239	98	242	98	419	98

7.4 COMPLETUDE AO LONGO DOS ANOS

A Tabela 4 foi construída para checar se houve constância ou não do crescimento de preenchimento ao longo dos anos. Ela mostra se existe relação entre o número absoluto de completude (variável resposta) e os anos de ocorrência de violência (variável explicativa), ou seja, se a completude aumenta ao longo dos anos. Essa análise foi feita por meio do modelo de regressão quadrático para os dez blocos da ficha em que o P-valor menor que 0.05 indica que existe correlação ao longo dos anos e R² maior ou igual 60% indicam que o modelo adotado é capaz de capturar o efeito entre o ano e a variável sob investigação.

Por meio da Tabela 4 é possível observar de modo geral que o DF apresenta constância entre os anos de 2009 a 2016, trazendo similaridades com o MS, entretanto no ano de 2017 é o estado que apresentou maior crescimento de completude.

Para todos os estados as variáveis “semana epidemiológica de notificação”, “orientação sexual”, “identidade de gênero”, “ciclo de vida do provável autor de violência” e “encaminhamentos” apresentaram um percentual de completude constante ($P > 0.05$), ou seja, não houve crescimento considerável (Tabela 4). Vale ressaltar que essas variáveis foram inseridas no ano de 2014.

No MS apenas uma variável, “ocupação” (3%), não obteve R² acima de 60%. Já no DF foram 11 (33%) “raça”, “escolaridade”, “regional de saúde da “área de abrangência”, “zona”, “ocupação”, “situação conjugal”, “zona de ocorrência”, “hora de ocorrência”, “local de ocorrência”, “suspeita de uso de álcool” e “violência relacionada ao trabalho”. Ao tentar entender o porquê estas variáveis não apresentaram uma explicação acima de 60%, foi possível observar, por meio da Tabela 2, que elas se mantiveram constantes entre os anos de 2009 a 2016 e apenas no ano de 2017 apresentou crescimento considerável (Tabelas 3 e 4).

Para finalizar, a Tabela 5 resume os resultados apresentados e mostra o perfil epidemiológico de violência para o DF. A violência no Distrito Federal pode ser caracterizada principalmente por mulheres heterossexuais, cisgenero e pardas, com ensino médio completo, casadas e solteiras, residentes no DF em área urbana.

De acordo com as análises realizadas, a violência ocorre principalmente no DF, na residência ou na via pública, ambas em área urbana, principalmente no período noturno (20h às 6h). A principal violência é física, seguida pela sexual e, também, pela psicológica. O principal meio de agressão é a força corporal/ espancamento, seguida de ameaça. Quando ocorre a violência sexual é por vias do estupro e o encaminhamento para a saúde oferece principalmente profilaxia HIV e IST.

Quanto aos dados do provável autor, destaca-se o perfil do envolvido sendo homem adulto, namorado ou cônjuge seguido por desconhecido. Segundo as análises, a maioria possivelmente estava alcoolizada. Quem recebe a notificação tende a referenciar em sua maioria para a rede de saúde seguida de delegacia da mulher.

Tabela 4 - P-valor e coeficiente de explicação para regressão quadrática para os três estados.

Variáveis	R ^{2*}			Explicativo?			P*			Constante?		
	SE	MS	DF	SE	MS	DF	SE	MS	DF	SE	MS	DF
Dados Gerais												
Tipo de Notificação	84,1	84,7	72,1	sim	sim	sim	0,004	0,004	0,022	não	não	não
Agravo/Doença	84,1	84,7	72,1	sim	sim	sim	0,004	0,004	0,022	não	não	não
Data da Notificação	84,1	84,7	72,1	sim	sim	sim	0,004	0,004	0,022	não	não	não
Município de Notificação	84,1	84,7	72,1	sim	sim	sim	0,004	0,004	0,022	não	não	não
Regional de Saúde da Notificação	84,1	84,7	78,4	sim	sim	sim	0,004	0,004	0,010	não	não	não
Semana Epidemiológica de Notificação	73,1	82,8	94,7	sim	sim	sim	0,519	0,415	0,230	sim	sim	sim
Data da Ocorrência	84,1	84,7	72,1	sim	sim	sim	0,004	0,004	0,022	não	não	não
Unidade de Saúde	84,1	84,5	72,1	sim	sim	sim	0,004	0,004	0,022	não	não	não
Notificação Individual												
Raça/Cor	66,8	86,6	58,3	sim	sim	não	0,037	0,002	0,073	não	não	-
Escolaridade	69,0	82,5	56,5	sim	sim	não	0,030	0,005	0,082	não	não	-
Dados de Residência												
Município de Residência	84,0	84,7	72,1	sim	sim	sim	0,004	0,004	0,022	não	não	não
Regional de Saúde da área de Abrangência da Residência	84,0	84,7	18,9	sim	sim	não	0,004	0,004	0,534	não	não	-
Zona	84,0	84,4	57,0	sim	sim	não	0,005	0,004	0,080	não	não	-
Dados da Pessoa Atendida												
Ocupação	64,3	48,3	9,0	sim	não	não	0,045	0,138	0,752	não	-	-
Situação Conjugal	73,0	90,0	45,8	sim	sim	não	0,021	0,001	0,159	não	não	-
Orientação Sexual	93,2	97,9	97,3	sim	sim	sim	0,262	0,145	0,163	sim	sim	sim
Identidade de Gênero	95,0	95,3	97,4	sim	sim	sim	0,224	0,218	0,162	sim	sim	sim
Dados da Ocorrência												
Município da Ocorrência	84,0	88,7	77,5	sim	sim	sim	0,004	0,001	0,011	não	não	não
Zona de Ocorrência	83,7	83,8	56,1	sim	sim	não	0,004	0,004	0,085	não	não	-
Hora de Ocorrência	83,0	71,3	4,3	sim	sim	não	0,005	0,024	0,877	não	não	-
Local da Ocorrência	73,6	86,6	55,7	sim	sim	não	0,018	0,002	0,087	não	não	-
Ocorreu Outras Vezes?	71,2	85,8	70,6	sim	sim	sim	0,024	0,003	0,025	não	não	não
Violência												
Tipo de Violência	85,7	88,9	78,9	sim	sim	sim	0,003	0,001	0,001	não	não	não
Meio de Agressão	85,4	83,9	80,4	sim	sim	sim	0,003	0,004	0,008	não	não	não
Violência Sexual												
Se ocorreu violência Sexual, qual tipo?	84,8	85,8	79,5	sim	sim	sim	0,004	0,003	0,009	não	não	não
Procedimento Realizado	85,2	88,8	80,4	sim	sim	sim	0,003	0,001	0,008	não	não	não
Dados do Provável Autor												
Número de Envolvidos	75,0	84,4	70,7	sim	sim	sim	0,016	0,004	0,025	não	não	não
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	66,1	84,8	82,1	sim	sim	sim	0,039	0,004	0,006	não	não	não
Suspeita de uso de álcool	85,4	84,5	58,7	sim	sim	não	0,003	0,004	0,070	não	não	-
Ciclo de vida do provável autor da violência	90,0	98,2	90,3	sim	sim	sim	0,316	0,134	0,312	sim	sim	sim
Encaminhamento												
Encaminhamento	94,3	97,8	87,5	sim	sim	sim	0,238	0,147	0,354	sim	sim	sim
Dados Finais												
Violência Relacionada ao Trabalho	83,2	82,9	51,4	sim	sim	não	0,005	0,005	0,115	não	não	-
Se Sim, foi emitida a CAT	86,6	83,5	75,6	sim	sim	sim	0,002	0,004	0,015	não	não	não

P* = P-valor obtido através do modelo de regressão quadrática, sob nível de significância de 5%. R^{2*} = Coeficiente de explicação para o modelo de regressão quadrática.

Tabela 5 – Perfil Epidemiológico de Violência para o Distrito Federal entre os anos de 2009 a 2017.

Variável		Análises de Completitude			
Notificação Individual					
Raça/Cor					
	n	%		n	%
Parda	663	50%	Completude Total	1327	61%
Branca	469	35%	Incompletude Total	848	39%
Preta	160	12%	Grau de Completude Total: Ruim		
Amarela	27	2%	Tendência: Constante (2009 - 2016),		
Indígena	8	1%	Crescimento (2017)		
Total	1327				
Escolaridade					
	n	%		n	%
Ensino Médio Completo	392	39%	Completude Total	1013	44%
Primário Completo	220	22%	Incompletude Total	1162	56%
Ensino Fundamental Completo	201	20%	Grau de Completude Total: Ruim		
Ensino Superior Completo	110	11%	Tendência: Constante (2009 - 2016),		
Primário Incompleto	80	8%	Crescimento (2017)		
Analfabeto	10	1%			
Total	1013				
Dados de Residência					
Município de Residência					
	n	%		n	%
Distrito Federal	216	100%	Completude Total	2175	100%
Outros	5	0%	Incompletude Total	0	0%
Total	10	0%	Grau de Completude Total: Excelente		
	2175		Tendência: Constante (2009 - 2016),		
			Crescimento (2017)		
Zona					
	n	%		n	%
Urbana	187	95%	Completude Total	1975	91%
Rural	2	4%	Incompletude Total	200	9%
Periurbana	81	4%	Grau de Completude Total: Bom		
Total	22	1%	Tendência: Constante (2009 - 2016),		
	1975		Crescimento (2017)		

Tabela 5 – Perfil Epidemiológico de Violência para o Distrito Federal entre os anos de 2009 a 2017 – Continuação.

Dados da Pessoa Atendida					
Situação Conjugal					
	n	%		n	%
Solteira	744	44%	Compleitude Total	1683	77%
Casada	718	43%	Incompleitude Total	492	23%
Separada	185	11%	Grau de Compleitude Total: Ruim		
Viúva	21	1%	Tendência: Constante (2009 - 2016),		
Não se aplica	15	1%	Crescimento (2017)		
Total	1683				
Orientação Sexual					
	n	%		n	%
Heterossexual	439	87%	Compleitude Total	502	43%
Homossexual	21	4%	Incompleitude Total	679	57%
Bissexual	10	2%	Grau de Compleitude Total: Muito ruim		
Não se aplica	32	6%	Tendência: Constante (2014 - 2017)		
Total	502				
Identidade de Gênero					
	n	%		n	%
Transsexual Mulher	9	3%	Compleitude Total	321	27%
Travesti	0	0%	Incompleitude Total	860	73%
Transsexual Homem	0	0%	Grau de Compleitude Total: Muito ruim		
Não se aplica	312	97%	Tendência: Constante (2014 - 2017)		
Total	321				
Dados da Ocorrência					
Município da Ocorrência (UF)					
	n	%		n	%
Distrito Federal	1925	94%	Compleitude Total	2053	94%
Goiás	82	4%	Incompleitude Total	122	6%
Minas Gerais	11	1%	Grau de Compleitude Total: Bom		
Outras Unidades Federativas	35	2%	Tendência: Constante (2009 - 2016),		
Total	2053		Crescimento (2017)		
Zona de Ocorrência					
	n	%		n	%
Urbana	1639	92%	Compleitude Total	1775	82%
Rural	96	5%	Incompleitude Total	400	18%
Periurbano	40	2%	Grau de Compleitude Total: Regular		
Total	1775		Tendência: Constante (2009 - 2016),		
			Crescimento (2017)		
Hora de Ocorrência					
	n	%		n	%
Noite	404	37%	Compleitude Total	1086	50%
Madrugada	338	31%	Incompleitude Total	1089	50%
Manhã	174	16%	Grau de Compleitude Total: Muito ruim		
Tarde	170	16%	Tendência: Constante (2009 - 2016),		
Total	1086		Crescimento (2017)		

Tabela 5 – Perfil Epidemiológico de Violência para o Distrito Federal entre os anos de 2009 a 2017 – Continuação.

Local da Ocorrência					
	n	%		n	%
Residência	1075	60%	Completo Total	1787	82%
Via Pública	486	27%	Incompleto Total	388	18%
Bar	38	2%	Grau de Completitude Total: Ruim Constante (2009 - Tendência: 2016), Crescimento (2017)		
Comércio	37	2%			
Habitação Coletiva	13	1%			
Escola	8	0%			
Indústria	7	0%			
Local Esportivo	4	0%			
Outros	119	7%			
Total	1787				
Ocorreu Outras Vezes?					
	n	%		n	%
Não	695	46%	Completo Total	1373	71%
Sim	678	44%	Incompleto Total	701	29%
Total	1373		Grau de Completitude Total: Ruim Constante (2009 - Tendência: 2016), Crescimento (2017)		
Violência					
Tipo de Violência*					
	n	%		n	%
Física	1522	40%	*Completo Total	17868	86%
Sexual	934	24%	*Incompleto Total	2888	14%
Psicológica/moral	835	22%	Grau de Completitude Total: Regular Constante (2009 - Tendência: 2016), Crescimento (2017)		
Motivada	307	8%			
Tortura	132	3%			
Legal	11	0%			
Financeira/econômica	60	2%			
Negligência/Abandono	14	0%			
Tráfico de Seres Humanos	2	0%			
Outras	20	1%			
Total	3837				
Meio de Agressão*					
	n	%		n	%
Força Corporal/Espancamento	1400	47%	*Completo Total	16840	86%
Ameaça	687	23%	*Incompleto Total	2735	14%
Objeto Perfuro Cortante	295	10%	Grau de Completitude Total: Regular Constante (2009 - Tendência: 2016), Crescimento (2017)		
Enforcamento	169	6%			
Arma de Fogo	156	5%			
Objeto Contundente	130	4%			
Substância/Objeto Quente	20	1%			
Envenenamento/Intoxicação	18	1%			
Outros	85	3%			
Total	2960				

Tabela 5 – Perfil Epidemiológico de Violência para o Distrito Federal entre os anos de 2009 a 2017 – Continuação.

Violência Sexual					
Se ocorreu violência Sexual, qual tipo?*					
	n	%		n	%
Estupro	837	85%	*Completo Total	6771	91%
Assédio	119	12%	*Incompleto Total	649	9%
Exploração Sexual	13	1%			
Outro	18	2%			
Total	987				
Grau de Completitude Total: Bom					
Tendência: Constante (2009 - 2016), Crescimento (2017)					
Procedimento Realizado*					
	n	%		n	%
Profilaxia DST	644	23%	*Completo Total	15270	88%
Profilaxia HIV	631	23%	*Incompleto Total	2130	12%
Profilaxia Hepatite B	508	18%			
Coleta de Sangue	433	16%			
Contracepção de Emergência	406	15%			
Coleta de Secreção Vaginal	80	3%			
Coleta de Sêmen	46	2%			
Aborto	11	0%			
Total	2759				
Grau de Completitude Total: Regular					
Tendência: Constante (2009 - 2016), Crescimento (2017)					
Dados do Provável Autor					
Número de Envolvidos					
	n	%		n	%
Um	1855	88%	Completo Total	2098	96%
Dois ou Mais	243	12%	Incompleto Total	77	4%
Total	2098				
Grau de Completitude Total: Excelente					
Tendência: Constante (2009 - 2016), Crescimento (2017)					
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida*					
	n	%		n	%
Namorado ou Cônjuge	755	41%	*Completo Total	28732	88%
Desconhecido	695	37%	*Incompleto Total	3893	12%
Ex- Cônjuge ou Ex-Namorado	213	11%			
Filho ou Irmão	58	3%			
Relação Institucional, Patrão ou Chefe	20	1%			
Amigo ou Conhecido	22	1%			
Policia ou Agente da Lei	6	0%			
Cuidador	1	0%			
Pai ou Padastro	1	0%			
Outro	84	5%			
Total	1855				
Grau de Completitude Total: Regular					
Tendência: Constante (2009 - 2016), Crescimento (2017)					

8 DISCUSSÃO

O baixo crescimento da completude das variáveis ao longo dos anos e o baixo grau de preenchimento de variáveis, como as que descrevem o perfil da mulher e encaminhamento, podem ser explicados por diversos fatores.

O primeiro deles é a violência institucional que ocorre desde a prática biomédica de cuidado, a estrutura física para realizar o acolhimento/tratamento, até o preconceito e a discriminação por diferenças socioeconômicas e culturais (sexismo, racismo, classismo, homofobia, transfobia, bifobia entre outros).

O segundo agente, principalmente ao que se refere a variável encaminhamento, é a efetiva intra e intersectorialidade. Para tanto, a análise de protocolos e fluxos, de articulação dos serviços e o de conhecimento da rede acerca dos serviços disponíveis são de suma importância na garantia do preenchimento da variável e na continuidade do tratamento da mulher em situação de violência.

O terceiro aspecto é referente aos profissionais de saúde. Recai a eles inúmeras responsabilidades, desde o acolhimento, à notificação até o devido encaminhamento. Mas para que isso aconteça esses profissionais precisam de educação continuada em saúde e receber o devido suporte psicossocial para trabalhar com mulheres em situação de violência.

O quarto fator está relacionado aos efetivos fluxos para preenchimento da ficha de notificação no SINAN, bem como a realização de monitoramento da qualidade de um registro contínuo, padronizado e adequado. O quinto aspecto concerne ao questionamento da construção da ficha de notificação, pois, uma ficha que conta com 69 campos pode ser instrumento de revitimização e excessivo trabalho aos profissionais. Por último, é exposto a dificuldade ao acesso e a manipulação da base de dados do SINAN para violência. Estes são fatores para que a base de dados, ainda que seja rica para estudo da violência de gênero, seja a menos utilizada em pesquisas.

8.1 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

A falta de completude de variáveis que descrevem o perfil da mulher podem ser explicadas pela violência institucional (VI). Como já trabalhado na dissertação, a violência institucional se apresenta no modelo de cuidado praticado nas instituições que privilegia a dimensão biomédica nos tratamentos dos problemas de saúde e consequentemente despersonaliza e ignora a experiência de adoecimento das mulheres em prol de exames e procedimentos médicos.

Ainda que as legislações, políticas e programas tenham propostas para um atendimento integral e humanizado para mulheres em situação de violência, existe um distanciamento entre o papel e a prática. Para tanto é necessário repensar em modelos e práticas de cuidado, para que elas sejam possíveis e reais na rotina do sistema de saúde.

A violência institucional não apenas se caracteriza no modelo biomédico praticado nos serviços, mas também na estrutura física dos serviços de saúde. A falta de locais reservados para um acolhimento privado e confortável, são componentes para mais uma violência, portanto o investimento adequado para espaços com iluminação, ventilação, conforto e privacidade são essenciais na garantia de uma escuta humanizada.

Outra dimensão da VI é o preconceito e a discriminação que a mulher ao adentrar nos serviços de saúde sofre. Seja por ser mulher, pela condição econômica e nível de escolaridade que possui, ou até por sua orientação sexual e identidade de gênero. Essas discriminações afetam a acessibilidade a bens e serviços, seja por meio da negligência, assédio e/ou violência.

Ao analisar a completude dos dados, foi possível observar que as variáveis mais deixadas em branco não eram aleatórias, mas representam variáveis historicamente ignoradas, como o fato de ter mais informações completas do agressor do que da mulher, da ausência de preenchimento para características da/de raça/etnia, escolaridade, orientação sexual, identidade de gênero, entre outras. Esses resultados expressam a discriminação e a desinformação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Ou seja, além da mulher já sofrer o machismo do dia a dia advindo de uma sociedade ainda hoje patriarcal, sofre também outras violências, seja por ser

negra/parda/indígena, menos escolarizada e/ou ter uma orientação sexual ou identidade de gênero que não segue a cisheteronormatividade. Essas inteserccionalidades se sobrepõem somando inúmeras violências.

Portanto, a educação permanente voltada para o acolhimento, atendimento e tratamento de mulheres negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, transsexuais, com menor nível de escolaridade e baixo rendimento é essencial para superar preconceitos estruturantes na sociedade.

Além disso, considerando esses resultados, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal voltada para o atendimento à mulheres em situação de violência poderia abarcar em seus materiais, sejam impressos ou disponíveis online, como exemplo, site, programas e cartilhas, conceitos que fossem além das tipologias e naturezas da violência. Poderia considerar a categoria analítica da interseccionalidade para que os profissionais de saúde e cidadãos tenham conhecimento que apesar da mulher sofrer um tipo de violência por alguém ou por ela mesma, existem também outros fatores que colaboram para a ocorrência de violências múltiplas.

8.2 INTERSETORIALIDADE E ROTA CRÍTICA

As políticas públicas de saúde para o atendimento às mulheres em situação de violência reforçam a importância das redes intra e intersetoriais, pois a violência além de impactar sobre a saúde da mulher, afeta também o âmbito social. O que promove a necessidade de recursos da área da segurança pública, da justiça e da assistência social, como preconiza a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Portanto, a constituição de redes governamentais e não governamentais garante a integralidade no atendimento de mulheres em situação de violência. (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Entretanto foi verificado baixa completude dos dados de encaminhamento e quando completos, as mulheres são majoritariamente encaminhadas para outro setor de saúde, ou seja, há possivelmente a efetividade da intrasetorialidade mas não há efetiva articulação intersetorial, não garantindo a integralidade do cuidado. Tais dados podem demonstrar ausência de protocolos e fluxos; desarticulação dos serviços e/ou desconhecimento da rede (TRENTIN *et al.* 2020).

O Distrito Federal destaca-se por haver uma linha de cuidado considerada referência no enfrentamento de violências na área da saúde, com produção de fluxos, protocolos e cartilhas disponíveis no site da saúde. Entretanto, ao analisar os fluxos disponíveis pelo estado, sua lógica é focada na rede intrasetorial com encaminhamento para a própria rede de saúde a depender do nível de atenção em que a mulher foi recebida. Ao que se refere a rede intersetorial, os fluxos mencionam unicamente o encaminhamento para as Delegacias de Atendimento à Mulher e outras delegacias.

De acordo com os percentuais de preenchimento da variável encaminhamento, quando as mulheres em situação de violência não são referenciadas para a rede de saúde, elas são encaminhadas para as Delegacias de Atendimento à Mulher e outras delegacias (Anexo 3). Ou seja, os profissionais possivelmente seguem as informações dos fluxos.

No caso, as opções que são dadas para preenchimento de encaminhamento na ficha de notificação, como redes de assistência social (CRAS, CREAS), rede de educação, rede de atendimento à mulher (Centro Especializado de Atendimento à mulher, Casa da Mulher Brasileira e outras), Ministério Público, Defensoria Pública e outros, não são especificados em fluxo algum e raramente preenchida pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

Tais dados mostram que possivelmente o profissional que recebe a mulher em situação de violência, encaminha ela para os CEPAVS, e a partir de lá, as mulheres são encaminhadas para outros setores da assistência social, segurança pública e justiça. Isso mostra que, com a exceção de serviços especializados como os CEPAVS, as coordenações dos demais serviços não se articulam intersetorialmente.

Portanto é necessário a construção de fluxos intersetoriais em todos os níveis de atenção da saúde, pois cada mulher apresenta um itinerário único (MENEHHEL *et al.* 2011). Como exemplo, uma mulher pode sentir a necessidade de ir imediatamente ao ministério público/delegacia para uma medida de proteção, e a ida ao CEPAV pode representar um empecilho em seu trajeto. Outro exemplo é quanto à mobilidade, talvez o CEPAV possa ser distante de sua casa e ela tenha condições de ir a pé ao CREAS. Como visto, manter a intersetorialidade fora do escopo do CEPAV com fluxos definidos é de extrema importância para evitar a rota crítica em que as mulheres sejam encaminhadas para uma área que não corresponda a necessidade delas e não favoreça a cessão da espiral da violência.

8.3 PROFISSIONAIS DE SAÚDE: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL

Dados da literatura nacional afirmam que os profissionais de saúde não se consideram aptos para ofertar uma atenção qualificada e resolutiva às mulheres em situação de violência. São recorrentes alegações como falta de tempo, o constrangimento em abordar o tema da violência; o medo de que lhes revelem situações com as quais não saberiam e não teriam recursos para lidar; o medo de ser envolvido e ter que testemunhar ou sofrer ameaças; bem como o fato de não identificar a violência como parte de seu trabalho (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012). Tais relatos mostram a sobrecarga do trabalho, a falta de educação permanente em saúde, bem como apoio psicossocial a esses profissionais.

A sobrecarga está entre um dos maiores fatores de insatisfação do trabalho para os profissionais de saúde. O excesso de trabalho advém da escassez de recursos humanos e físicos e a dificuldade de trabalho em equipe. Tal sobrecarga força os profissionais a encaminharem as mulheres para serviços especializados, seguindo a lógica do modelo fragmentado da especialização (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Para além da sobrecarga, esses profissionais não recebem a devida educação desde o acolhimento à notificação para mulheres em situação de violência. O despreparo dos profissionais advém de uma formação acadêmica não voltada para um trabalho em uma perspectiva integral, intersetorial, emancipatória e não biomédica. Além disso, a temática da violência raramente está presente no currículo das graduações das universidades. Ao iniciar carreira no SUS, o profissional sofre pela falta de formação sobre o tema, sobre legislações, políticas e marcos legais, impondo grandes obstáculos no cuidado integral das mulheres em situação de violência (MOREIRA *et al.* 2020).

A educação permanente em saúde é ferramenta essencial para qualidade do acolhimento e da atenção às mulheres em situação de violência (GARCÍA, 2020), como também para dar suporte ao profissional de saúde. As capacitações e treinamentos melhoram o respeito dos profissionais pelos direitos das mulheres, aperfeiçoam o conhecimento, a confiança e a prática clínica (TRENTIN *et al.* 2020).

Na organização institucional da política pública de saúde do DF está sob a responsabilidade do NUPAV em âmbito regional em parceria com a Rede Flores dos CEPAV; e ao NEPAV, no âmbito Distrital, em consonância à Rede Nacional de Prevenção das Violências, Promoção da Saúde e Cultura de Paz do Ministério da Saúde, a educação permanente em saúde que visa palestras, estudos de caso, oficinas, cursos e pesquisas sobre a temática da violência e cultura de paz.

O Governo do Distrito Federal na versão preliminar da Linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência sexual, familiar e doméstica no DF (2020), reconhece os desafios da educação permanente, expõe a importância dela e explicita diretrizes para o processo de educação mas não expõe as ações que serão realizadas.

Foi encontrado no site do GDF, a produção de um manual de atendimento às vítimas de violência no ano de 2009 e de capacitações da linha de cuidado realizada em 2010. A partir de então não foram encontrados materiais que trouxessem informações sobre as ações de educação permanente pelo GDF. Talvez essa lacuna seja um dos motivos para o Distrito Federal ser o estado que além de notificar menos, mantém um grau baixo de completude (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2017).

Variáveis importantíssimas no delineamento do perfil das mulheres como orientação sexual, identidade de gênero, situação conjugal, raça e escolaridade, foram as mais ignoradas e deixadas em branco, enquanto dados de violência e do autor da agressão foram mais preenchidos. Isso pode indicar a falta de compreensão dos profissionais de saúde sobre a ficha de notificação, pois podem interpretar a notificação como possibilidade para punição/denúncia, o que não é caso, visto que as informações produzidas através da ficha buscam conhecer as condições de saúde da população para colaborar na construção de políticas, ações e serviços para tratamento, promoção, prevenção e cultura de paz.

A educação permanente presente na rede pode colaborar para: compreensão do propósito da ficha de notificação, o que já evitaria medos, receios e possivelmente aumentaria o preenchimento para o perfil das mulheres; maior acolhimento para as mulheres em situação de violência e menor encaminhamento para serviços especializados e; maior confiança dos profissionais para trabalhar com demandas de violência (GARCÍA, 2020).

Outro desafio imperativo é a falta de suporte aos profissionais envolvidos no cuidado à violência. São pessoas que para manter uma saúde emocional capaz de

dar conta de toda angústia, medo, repulsa, sofrimento que uma mulher em situação de violência pode suscitar, necessitam uma estrutura para ampará-los. Seja por meio de um serviço específico ou um espaço de trocas e conversas (PEDROZA; DINIZ; MOURA, 2016).

O reconhecimento da importância de acompanhamento e apoio técnico e psicossocial aos profissionais envolvidos nesse processo também veio pela versão preliminar da Linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência sexual, familiar e doméstica no DF (2020), pelo Governo do Distrito Federal. Entretanto, não está descrito onde e como esses profissionais recebem esse apoio. Portanto, a falta de transparência e talvez de ações do governo, podem comprometer a saúde psicossocial dos profissionais que recebem mulheres em situação de violência e conseqüentemente a qualidade no acolhimento/atendimento a essas mulheres.

8.4 COMPLETUDE DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO

A notificação e a sua qualidade são de extrema importância para que indicadores epidemiológicos, diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação, por exemplo, estejam construídos baseados nas reais condições de saúde da população. Entretanto, a subnotificação e a baixa completude de preenchimento, colaboram para que os dados apresentados possam mascarar a realidade das mulheres em situação de violência.

A subnotificação dos casos de violência no DF é bastante expressiva. O Distrito Federal se destaca por ser o estado que menos notifica violência por parceiro íntimo (MASCARENHAS *et al.* 2020) por meio da ficha de notificação de violência no Brasil, se aproximando do Sergipe e se distanciando do Mato Grosso do Sul. A polícia civil do Distrito Federal registrou aproximadamente 3 vezes mais casos de mulheres em situação de violência em um ano do que o setor de saúde registrou em 5 anos de notificação (SILVA *et al.* 2020).

Com a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014 e Portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória,

universalizando a notificação para todos os serviços de saúde. Essas, foram progressos importantes para a proteção a mulheres em situação de violência. Entretanto, elas por si só, não foram suficientes para garantir o aumento da notificação e completude das informações. A falta de construção de fluxos e contrafluxos eficientes e monitoramento da coleta de dados, dificultam a execução efetiva dessas portarias (BRASIL, 2011, 2014, 2016).

Ao que se refere ao fluxo da ficha de notificação, o primeiro questionamento é o retrabalho. A ficha é impressa e preenchida por um profissional de saúde, esta ficha é encaminhada para um CEPAV (outro setor) e posteriormente, outro profissional a insere no sistema. Essa lógica de duas pessoas fazerem a mesma função poderia ser simplificada com um sistema de informação integrado, salas melhores equipadas, com computadores funcionando adequadamente. Tal como profissionais bem treinados com condições de realizar o preenchimento pelo próprio sistema, sem a necessidade de papéis, transação entre setores e retrabalho.

O contra fluxo foi desenhado para os Cepavs detectarem o erro na ficha de notificação e retornar para o profissional de saúde readequar. Por exemplo, a ficha de notificação é preenchida em uma UBS (Unidade Básica de Saúde), essa ficha vai para um Cepav, um profissional irá conferir a ficha e caso ela esteja errada, a ficha retorna para a UBS para o profissional de saúde daquela UBS preenchê-la adequadamente. Muito provavelmente quando essa ficha retorna, o profissional responsável já não tem mais as informações necessárias. Caso o profissional que atendesse a mulher em situação de violência inserisse a ficha no sistema, ele evitaria o contra-fluxo. O contra-fluxo além de não ser eficiente para a inserção das informações faltantes nas fichas, tem o gasto com vias impressas e mobilidade e o risco de se perder no caminho.

O Distrito Federal apresenta uma rede estruturada para a vigilância em violência, entretanto ao que se refere ao monitoramento e orientação para um registro contínuo, padronizado e adequado da ficha, ela apresenta falha e não há transparência. A portaria 936 de 2004 que no DF atribui ao CEPAV promover a qualificação da vigilância em violências, formulação de indicadores, dentre outros, entretanto as ações de monitoramento da ficha de notificação não estão descritas em material algum disponibilizado pelo GDF. Portanto, a construção de fluxos complexos e pouco eficientes aliados à falta de transparência do monitoramento da qualidade do preenchimento da ficha, afeta a efetividade de políticas, decretos, leis e portarias e

consequentemente a construção de indicadores epidemiológicos que realmente representem a realidade das mulheres (BRASIL, 2004).

8.5 ESTRUTURA DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO

A subnotificação e a incompletude das informações desqualificam o uso das informações de violência do SINAN. Um dos fatores que colabora para o baixo preenchimento é a quantidade de variáveis da ficha de notificação.

A estrutura da ficha segue os mesmos parâmetros de todas as fichas de notificação de agravos inseridas no SINAN. Ou seja, todas elas são construídas por blocos comuns como: dados gerais, notificação individual e dados de residência, e se diferenciam em blocos que constituem os dados complementares. Além disso, todas elas possuem variáveis de preenchimento essencial e obrigatório. No caso da ficha de violência, ela é composta por 32 variáveis comuns a todas as fichas e 37 variáveis compondo blocos de dados complementares, ou seja, 69 campos para preenchimento.

Como já discutido sobre violência institucional, uma ficha de notificação com 69 campos, já representa por si só uma violência com grande possibilidade de revitimização. Ao buscar entender como a ficha de notificação foi construída, quais os critérios para permanência de todas essas variáveis e quais foram os modelos de referência utilizados por elas, não foi encontrada informação alguma disponibilizada pelo Ministério da Saúde e quase nenhuma pesquisa focada em refletir sobre a metodologia e processo de estruturação da ficha de notificação de violência.

Segundo o VIVA: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada (2016) a ficha de notificação foi elaborada pelos profissionais de saúde nas três esferas do SUS e contou com colaborações de instituição de ensino e pesquisa. Segundo Laguardia et al (2004) uma das dificuldades encontradas na construção da ficha foi o levantamento dos critérios estabelecidos para permanência ou inclusão/exclusão de variáveis, pois para algumas áreas técnicas, todas as variáveis presentes seriam relevantes, ainda que não definissem quais as informações pudessem ser produzidas a partir delas.

A revisão da ficha de notificação se faz urgente para a criação de um questionário respeitoso às mulheres em situação de violência, bem como aos profissionais de saúde que são sobrecarregados com o sistema. Além disso, a transparência na formulação da ficha é de suma importância para que haja novas pesquisas para o aprimoramento.

8.6 ACESSO E MANIPULAÇÃO DA BASE DE DADOS

Além da falta de transparência no processo de construção da ficha de notificação, o acesso e a manipulação da base de dados é bastante problemática. A opção que o ministério disponibiliza para baixar os dados é pelo *tabnet* e pelo R. Na primeira opção é possível fazer o download por ano e por variável, o que é inviável para análises grandes como a que a presente pesquisa traz. O segundo meio de extração é possível baixar a base toda, entretanto ela é baixada sem limpeza alguma de dados.

No processo de seleção da amostra, foi observado que 29 variáveis foram disponibilizadas sem preenchimento em ano algum. Dessas, 11 variáveis pertencem ao dicionário de dados do SINAN e 18 variáveis não pertencem. Cabe ao ministério da saúde, acrescentar ao dicionário de dados as variáveis que não constam (18) ou excluí-las da base para o cidadão não baixar lixo. Além disso, as outras onze variáveis poderiam estar descritas no dicionário de dados com motivos pelos quais o ministério não as disponibiliza, ou retirá-las da base de dados.

Além delas, mais 44 variáveis foram preenchidas em algum período (alguns meses ou alguns anos), mas não estão no dicionário de dados. Como a base é disponibilizada entre os anos de 2009 a 2017, é possível que essas variáveis tenham sido utilizadas no passado, em algum período de anos. Caso seja esta a situação, o ministério deveria mantê-las no dicionário de dados para possíveis análises que não se limitassem apenas ao momento presente, mas também ao passado. Um exemplo disso é a variável encaminhamento. Essa variável foi modificada em 2014 com novas categorias. Antes o que era CREAS, hoje é assistência social. A categoria CREAS foi retirada do dicionário de dados, mas se ela estivesse no dicionário descrita, poderia ser feita uma análise de encaminhamento para a área da assistência social de 2009

a 2017 e não apenas de 2014 a 2017. Ou seja, dados do passado são essenciais para a construção epidemiológica de séries históricas.

Desse modo, uma base de dados com informações tão preciosas para a violência de gênero, é inviabilizada pela dificuldade na extração da base completa, pois fica restrita apenas às pessoas que saibam utilizar o R. Além disso, soma-se o desgaste para limpeza da base de dados, seja com variáveis não descritas no dicionário de dados, com aquelas não preenchidas ou preenchidas apenas em um período de tempo, sem contar na utilização de códigos não padronizados para cada variável. Sendo assim, a facilitação para o acesso a base de dados completa, a revisão das variáveis disponíveis, a readequação do dicionário de dados e a padronização da forma como os dados são codificados e disponíveis são de suma importância para que essa base de dados possa se tornar devidamente pública e gerar pesquisas de qualidade.

9 CONSIDERAÇÃO FINAL

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação para violência fornece dados importantíssimos para estudos e pesquisas sobre a violência de gênero, entretanto representa uma das bases menos utilizadas por pesquisas e estudos. A dificuldade de acesso, extração e manipulação da base completa de dados torna-se um empecilho para estudos e pesquisas em violência de gênero.

Para tanto é sugerida a revisão de como a base é disponibilizada, para que todos possam acessá-la integralmente e não somente quem tem conhecimento com o uso do software R.

Outra revisão de suma importância seria sobre a qualidade da base de dados disponibilizada. A limpeza, a padronização dos códigos e a maior organização das variáveis são essenciais para a manipulação de suas informações. Além disso, o dicionário de dados deve conter todas as variáveis disponíveis na base, com todas as suas especificações e variáveis anteriores correspondentes.

Assim poderá ser garantida a acessibilidade, a transparência, a possibilidade de estudos de séries históricas e como consequência o aumento de pesquisas em violência de gênero utilizando a base do SINAN como referência.

A base de dados do SINAN é alimentada por meio da ficha de notificação/investigação individual para violência interpessoal/autoprovoada. Como visto, a ficha contém 69 campos e ainda que nem todas elas sejam de preenchimento obrigatório, a ficha não deixa de representar uma violência e possibilidade de revitimização, além de um trabalho extenuante para os profissionais.

Portanto, revisar os critérios para a manutenção de 69 campos, bem como a seleção de quais serão obrigatórias ou essenciais, poderá garantir a produção de um questionário de simples preenchimento e que não cause ainda mais sofrimento para essas mulheres. Vale ressaltar que não foram encontradas pesquisas científicas e nem materiais disponíveis pelo ministério da saúde sobre a metodologia e critérios de seleção utilizados para a criação da ficha. Ou seja, a transparência nesse processo permitiria estudos mais aprofundados para um questionário viável e respeitoso.

O Distrito Federal, apesar de ser considerado referência para linha de cuidado e serviços em saúde para mulheres em situação de violência no Brasil, representa um

dos estados que menos preencheu a ficha de notificação entre os anos de 2009 a 2017. Além disso, manteve durante sete anos percentuais de completude das informações sem crescimento significativo, com destaque apenas para o ano de 2017. Isso demonstra claramente que o monitoramento e a avaliação epidemiológica, advinda dos dados da ficha de notificação, não são devidamente realizados ou efetivos.

O DF carece da efetividade de ações de monitoramento e avaliação para a qualidade da coleta/preenchimento de dados da ficha de notificação e sua inserção no sistema, bem como a sua transparência. Como consequência dessa lacuna, os fluxos e contrafluxos para a conferência da ficha de notificação e a sua inserção no sistema se mostram pouco efetivos, sendo necessário sua revisão.

Se por um lado os fluxos referentes a ficha de notificação se mostram pouco efetivos, por outro, os profissionais de saúde realizam ações condizentes ao que os fluxos pedem, ou seja, eles entendem e acessam esses fluxos. Isso foi observado no fluxo para encaminhamento das mulheres em situação de violência para outros serviços.

Os três estados apresentaram baixa completude de dados para a variável encaminhamento, mostrando que possivelmente esta questão não se refere apenas ao Distrito Federal mas a uma realidade brasileira. Nesse sentido, o DF destaca-se por apresentar uma rede intrasetorial estruturada e com fluxos definidos, os quais os profissionais de saúde os seguem. Entretanto, a rede intersetorial não está estabelecida em todos os níveis de atenção, exigindo a construção de redes e fluxos para abarcar a dimensão total da intersetorialidade em todos os serviços de saúde.

Outras variáveis de baixa completude para todos os estados foram: orientação sexual, identidade de gênero, escolaridade e ocupação, ou seja, variáveis que descrevem o perfil das mulheres em situação de violência. O Distrito Federal por sua vez apresenta menor grau de completude de informações para todas as variáveis que descrevem o perfil das mulheres, no caso, além das variáveis comuns aos três estados, soma-se as variáveis raça e situação conjugal.

Isso pode indicar a falta de compreensão dos profissionais de saúde sobre a ficha de notificação, pois possivelmente interpretam a notificação como possibilidade para punição/denúncia, o que não é o caso. Visto que as informações produzidas através da ficha buscam conhecer as condições de saúde da população. Isto, pode

representar a falta de educação permanente em saúde e suporte psicossocial para os profissionais de saúde. Foi observado que o Distrito Federal realiza algumas ações voltadas à educação permanente e menciona em sua linha de cuidado a importância do apoio psicossocial, entretanto não fica disponível em lugar algum suas ações em educação permanente e sobre o apoio psicossocial atualizadas.

Outro fator que corrobora para a baixa completude das variáveis é a violência institucional. Quanto a isto, a ampliação das conceituações sobre violência pelo DF poderia dar ferramentas para os profissionais compreenderem melhor as violências que praticam. Além disso, reforça aqui a necessidade da educação permanente.

A partir dos resultados dessa dissertação é possível pensar em pesquisas sobre o aprimoramento e a disponibilização da base de dados do SINAN sobre violência. Desse modo, ele poderá ter condições de servir aos pesquisadores e cidadãos e subsidiar mais estudos sobre violência de gênero. Assim, as pesquisas poderão contar não apenas com dados da segurança pública ou do sistema de mortalidade, mas também com dados de agravos em violência.

Sugere-se pesquisas relativas ao estudo de questionários aplicados na área da saúde para mulheres em situação de violência, com inserção em sistemas simples e intuitivos e principalmente integrados, para evitar a revitimização e retrabalhos desnecessários. E que esse questionário não seja apenas aplicado quando a mulher está com uma perna quebrada ou tenha sofrido uma violência sexual, mas que ele seja disponível para todas as mulheres que acessam qualquer nível de atenção em saúde para a detecção de todas as tipologias de violência e não majoritariamente a física ou a sexual.

Estudos para o aprimoramento da educação permanente em saúde para mulheres em situação de violência, bem como o monitoramento e avaliação epidemiológica para o Distrito Federal se fazem necessários. Isso poderá garantir que os dados advindos da ficha de notificação possam representar fidedignamente todas as mulheres em situação de violência, seja elas brancas, negras, indígenas ou amarelas, pobres ou classe média, lésbicas, transsexuais ou bissexuais, mas que todas elas estejam visibilizadas. Assim, a equidade e integralidade sairá do papel e alcançará a vida dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

ABATH, M. de B. *et al.* **Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1797-1806, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900013>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L.; SCHRAIBER, L. B. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

AKOTIRENE, C.. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALEMANY, C. **Assédio Sexual.** In: HIRATA et al. Dicionário Crítico do Feminismo. Editora Unesp: 2009.

ARAUJO, E. M. de *et al.* **A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites.** Interface, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 383-394, 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ASSIS, V. C.. **Análise da qualidade das notificações de dengue informadas no SINAN, na epidemia de 2010, em uma cidade pólo da zona da mata do estado de minas gerais.** 2013. 67f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2013.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B.. **Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013-3022, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BANDEIRA, L. M.. **Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação.** Soc. estado., Brasília , v. 29, n. 2, p. 449-469, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 04 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>.

BANDEIRA, L. M. 2017 . **Violência, gênero e poder: múltiplas faces.** In: Mulheres e violências: interseccionalidades. (Org). Stevens, C. et al. Brasília, DF: Technopolitik, 2017. 628 p. il.

BARROS, J. A. C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?.** Saude soc., São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BISPO, C. D. B.; SOUZA, V.L. C.. **Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 21, n. 1, p. 19-30, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v21i1.3909>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências:** Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/0. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher,** 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf >. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Lei N.º11.340, de 7 de Agosto de 2006.** Lei Maria da Penha. 2006a.

BRASIL. **Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006.** Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. Brasília, fev

2006b. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2006/prt0005_21_02_2006.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%205%2C%20DE%2021,normas%20para%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20casos.>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas.** 2. ed.. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portalSINAN.saude.gov.br/images/documentos/Portarias/Manual_Normas_e_Rotinas.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** 2. ed.. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, jan 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>.

Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 485, de 1 de abril de 2014.** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **Instrutivo para Preenchimento da Ficha de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:<<https://dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/Instrutivo%20VIVA%20SINAN%205.0.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Dicionário de Dados do SINAN NET.** Violência Interpessoal/AutoProvocada. Junho de 2015. Disponível em: <C:\Users\odill\Desktop\DissertaÃ§Ã£o 2021\Janeiro 2021\DIC_DADOS_NET_Violencias_v5.pdf> Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **VIVA:** instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/VIVA_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018.** Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília, DF, abr 2018a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Decreto-n.%C2%BA-38.982-2018-Altera-a-estrutura-administrativa-da-SES-DF.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018.** Estabelece diretriz e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária. Brasília, DF, ago 2018b. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/82c3196081194fa3b7cd6862311bcaca/Portaria_773_19_07_2018.html>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 900, de 21 de agosto de 2018.** Instituir Colegiado Gestor Técnico da Atenção Integral à Violência. Brasília, DF, set 2018c. Disponível em: <www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2018/09_Setembro/DODF_180_20-09-2018/DODF_180_20-09-2018_INTEGRA.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Roteiro para uso do SINAN net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://portalSINAN.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019.** Institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV. Brasília, DF, Nov 2019b.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (Coord.). **Atlas da Violência 2020.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.38116.riatlasdaviolencia2020>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

COELHO, M.R.; BISPO, L. G. S.. **Direitos fundamentais: violência doméstica contra a mulher indígena brasileira.** Ambiente: Gestão e Desenvolvimento, v. 13, n. 2, p. 122–136, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.uerr.edu.br/index.php/ambiente/article/view/330>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S. L.. **Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme.** Esc. Anna Nery, Rio de

Janeiro, v. 13, n. 2, p. 352-358, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200016>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

CORREIA, L.O.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.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>>. Acesso em: 25 abr. 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. Saúde*, Brasília, v. 27, n. 1, e20171493, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100003>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

DINIZ, N. M.F. *et al.* **Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres.** *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 3, p. 354-356, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000300020>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ENGEL, C.L.. **A Violência contra a mulher.** In: FONTOURA, Natália; REZENDE, Marcela; QUERINO, Ana Carolina (Orgs). *Beijing +20: avanços e desafios no Brasil contemporâneo.* Brasília: Ipea, 2020. p. 159-216.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILELIO, A.S.. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas.** *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

GARCIA, D. **Violência contra a mulher negra no Brasil: ponderações desde uma criminologia interseccional.** *Revista Brasileira de Sociologia do Direito*, v. 7, n. 2, p.

97-120, 2020. Disponível em:
<<http://revista.abrasd.com.br/index.php/rbsd/article/view/381/222>>. Acesso em: 25
abr. 2021.

GLATT, R.. **Análise da qualidade da base de dados de AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. 2005. 295 f. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 23.812, de 03 de junho de 2003**. Dispõe sobre a criação de cargos comissionados, na estrutura orgânica da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde, da Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [Internet]. Brasília: DF; 2003. Disponível em:
<http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2003/06_Junho/DODF%20-%20106%20-%2004-06-2003/Se%C3%A7%C3%A3o1.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 32.925, de 11 de maio de 2011**. Extingue e cria cargos que especifica e dá outras providências. Brasília: DF; 2011 . Disponível em:
<http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68141/Decreto_32925_11_05_2011.html>
Acesso em: 25 abr. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 141, de 17 de julho de 2012**. Brasília: DF; 2012 .Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sobre-asecretaria/asecretaria.html>. Acesso em: 25 abr. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Decreto Nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. [Internet]. Brasília: DF; 2016 .Disponível em:
http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/ef9ffa9c95b0448db85e0010846badf8/Decreto_37057_14_01_2016.html. Acesso em: 25 abr. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Vigilância em Violência**. Secretaria de Estado de Saúde, novembro de 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/>> Acesso em: 25 abr. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Plano distrital de saúde 2020-2023**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, setembro de 2019. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica no DF**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2020.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim Epidemiológico: Violência e as Pessoas do Sexo Feminino no Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, março de 2021a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/05/BOLETIM-EPIDEMIOLOGICO-SEXO-FEMININO-2020-PUBLICACAO.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Fluxo da Ficha de Notificação**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, março de 2021b. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Fluxo-da-ficha-de-notifica%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Vigilância em Violência**. Brasília, 08 de março de 2021c. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

GRAYBILL, F. H.; IYER K. **Regression Analysis**. Duxbury Press, 1994.

HASSE, M.; VIEIRA, E.M.. **Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados**. Saúde debate, Rio de

Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

HOOKS, B.. **Intelectuais Negras**. Revista Estudos feministas. Nº2/95. vol.3. 1995.

IBGE. **Sistema Nacional de Informação de Gênero (SNIG). Proporção de Mulheres por nível de Instrução, 2010**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/apresentacao.html?loc=0>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Situação Rural e Urbana do Domicílio por UF, 2015a**. Disponível em: <<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=6&op=0&vcodigo=PD226&t=situacao-urbana-rural-domicilio>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **População Residente por cor ou raça para homens e mulheres, 2015b**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **População Feminina de 10 anos ou mais de idade 2009-2015**, 2015c. Disponível em: <IBGE | Séries Estatísticas & Séries Históricas | educação | alfabetização e instrução | População feminina de 10 anos ou mais de idade, por anos de estudo | 2001-2015>. Acesso em: 25 abr. 2021.

IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2019. Disponível em:<Pesquisa Nacional de Saúde - PNS | IBGE>. Acesso em: 25 abr. 2021.

IBGE. **Distribuição da população por sexo segundo unidades da Federação**. Brasília, 2021. Disponível em: <

<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/distribuicao-da-populacao-por-sexo.html>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça , 2011. 4ª ed. Brasília: Ipea.

KATAGUIRI, L. G. *et al.* **Caracterização da violência sexual em um estado da região sudeste do Brasil**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 28, e20180183, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0183>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

KRUG EG *et al.*, eds. **Violence: a global public health problem**. World report on violence and health. Geneva, 2002.

LAGUARDIA, J. *et al.* **Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-146, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000300002>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

LIMA, K. W. S.. **Análise das Condições de Operação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos Municípios Paulistas**. 144 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2018.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* **Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017**. Rev. bras. epidemiol., Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, e200007. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MENEGHEL, S.N. *et al.* **Cad. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MENEZES, M.L.B. *et al.* **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: violência sexual.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, n. spe1, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100018.esp1>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MINAYO, M.C.S. *et al.* **Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência Interpessoal/Autoprovocada.** Brasília, 08 de março de 2016a. Disponível em: <<http://portalSINAN.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SINAN NET.** Brasília, 07 de março de 2016b. Disponível em: <http://www.portalSINAN.saude.gov.br/SINAN-net>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MONTGOMERY, D.C.; PECK, E.A. **Introduction to Linear Regression Analysis.** 2nd ed., New York: John Wiley and Sons, Inc., 1992.

MONTGOMERY, D. C.; PECK, E. A; VINING, G. G. **Introduction to linear regression analysis**, 3rd ed, Wiley-Interscience, 2006.

MOREIRA, G.A.R. *et al.* **Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.** Saúde soc., São Paulo, v. 29, n. 1, e180895, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902020180895>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MOSCHETA, M.S.. **Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** 157f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2011. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-04072013-124842/pt-br.php>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

NAVARRO-SWAIN T. **O patriarcado rides again.** In: Mulheres e violências: interseccionalidades. (Org). Stevens, C. et al. Brasília, DF: Technopolitik, 2017. 628 p. il.

NOGUEIRA, F. J. S.; ARAGÃO, T. A. P.. **Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários(as) e profissionais de saúde.** Saúde e Pesquisa, Maringá, v. 12, n. 3, p. 463-470 - e-ISSN 2176-9206, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p463-470>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F.; MORAIS, N. A.. **Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 37, n. 4, p. 956-969, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003652016>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

OLIVEIRA, N. F. *et al.* **Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 1, e2018438, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100012>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Violência contra as mulheres, 2021.** Brasília: [S.e.]. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A.. **Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-358, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PAIM, I.; NEHMY, R. M. Q.; GUIMARÃES, C. G. **Problematização do conceito qualidade da informação.** Perspectivas em Ciência da Informação, [S.l.], v. 1, n. 1,

nov. 2007. ISSN 19815344. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/8>. Acesso em: 03 jun. 2021.

PAIM, J. S.. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA L. *et al.* (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PAIM, J. S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet. (Série Brasil) [Internet]. 2011; p. 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B.. **Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família**. Interface, Botucatu, v. 23, e180279, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.180279>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PEDROSA, C. M.; DINIZ, C. S. G.; MOURA, V. G. A. L.. **O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1879-1888, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07822016>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P.. **A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica**. Saude soc., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ROCHA, M. S. *et al.* **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 1, e2019017, 2020.

Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100009>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B.. **Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ROMIO, J. A. F.. **Femicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de saúde.** 215f. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2017. Disponível em: <Romio_JackelineAparecidaFerreira_D.pdf (unicamp.br)>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SAFFIOTI, H. I.B.. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.** Cad. Pagu, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332001000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 04 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>.

SANTIAGO. C.G.; BARBOSA. J. **Violência contra a mulher: um panorama da mobilidade e gênero no Brasil, 2020.** In: Atlas da Conferência Igualdade de Gênero e Mobilidade: Desafios e oportunidade para o desenvolvimento da lusofonia. Ed. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. (2005) **Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil.** *Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, v. 16, n. 1.

SANTOS, I. B. *et al.* **Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1935-1946, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SANTOS, I. S. B.; SANTOS, D. S.; SANTOS, V. C.. **Violência institucional contra a mulher negra em situação de abortamento**. Caderno Sisterhood. vol. 3, n. 3, p. 74-85, 2019. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/negras/article/view/2008>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SANTOS, T. M. B. *et al.* **Compleitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3907-3916, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.16682015>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SCOTT, J. W.. **“Gênero: uma categoria útil de análise histórica”**. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99.

SILVA, A. F. *et al.* **Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3475-3480, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16132020>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C.. **Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200012>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SIQUEIRA, T. L. **Joan Scoot e o papel da história na construção das relações de gênero**. Revista Ártemis - Estudos de Gênero, Feminismos e Sexualidades, [S. l.], n. 8, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/2310>. Acesso em: 3 maio. 2021.

SOARES, J. S. F.. **Nem normal, nem patológico - mulheres em situações de violência**: revelando sentidos para a atenção e o cuidado. 2016. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148848>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SOUSA, C. S. *et al.* **Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014.** Cadernos saúde coletiva, (Rio J.), v. 28, n. 4, p. 477-487, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v28n4/1414-462X-cadsc-1414462X202028040139.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L.. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

TRENTIN, D. *et al.* **Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede intersectorial.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 73, n. 4, e20190856, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0856>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

VILELA, L. F.. **Histórico do Enfrentamento da Violência na Rede de Saúde do DF.** In: VILELA, Laurez Ferreira (Coord.). Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. p. 85-86. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/art0162serie.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

VILELA, L. F. (Coord.). **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.** Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

VILLELA, W. V. *et al.* **Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência.** Saude soc., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ZIMMERMANN, T. R.; SERAGUZA, L.; VIANA; A. E. A.. **Relações de gênero e violência contra mulheres indígenas em Amambai – MS (2007-2013)**. Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 105-126, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/1982-6524.53538>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FIGURAS DE ÁRVORES DE DECISÃO PARA VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E SEXUAL NAS UF'S

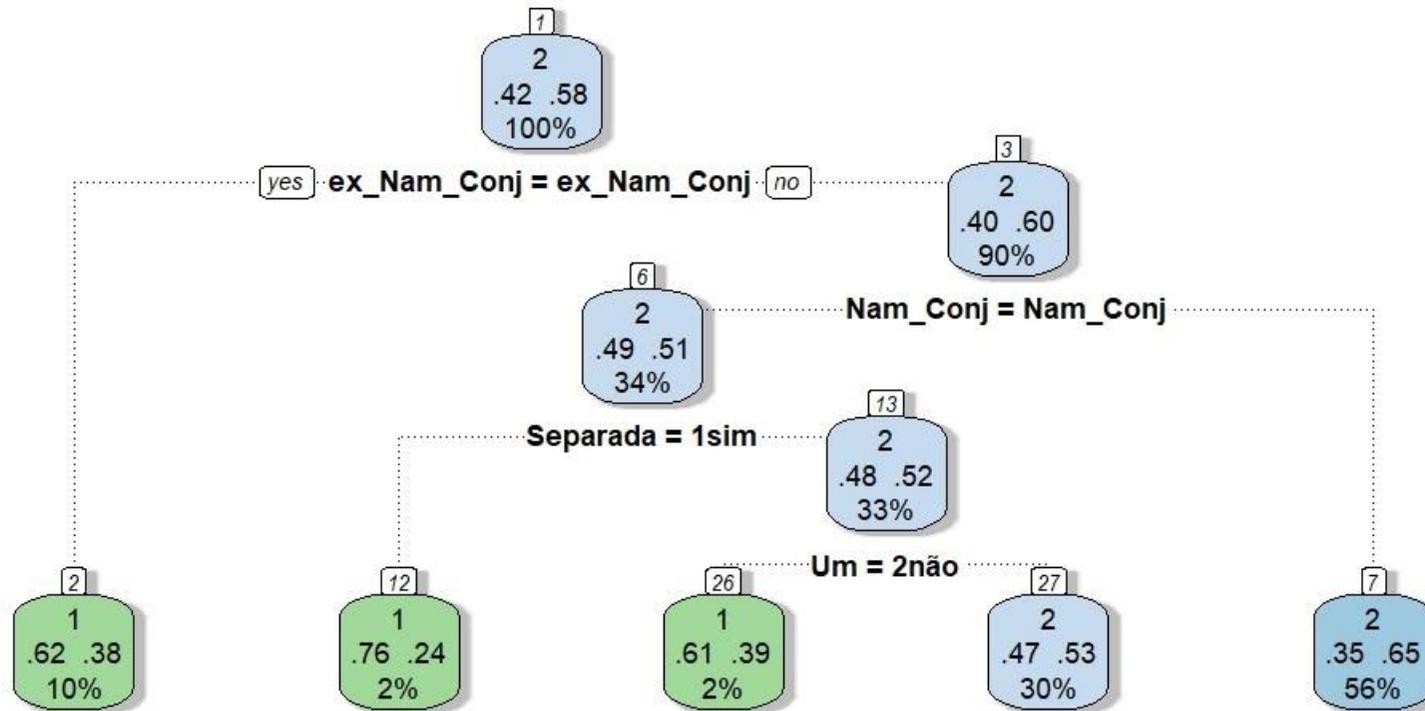


Figura 1A: Árvore de decisão de violência psicológica para o DF.

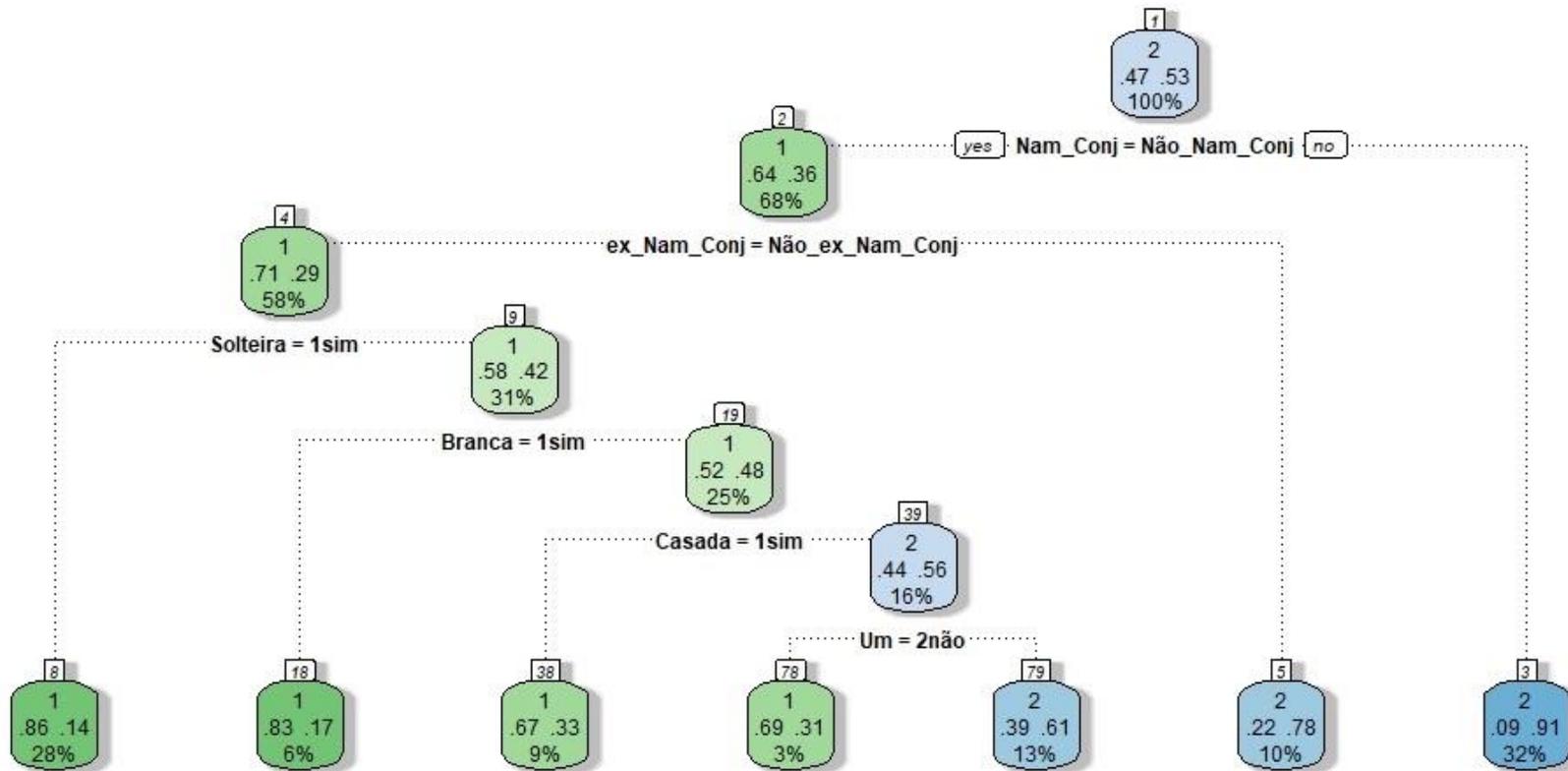


Figura 2A: Árvore de decisão de violência sexual para o DF.

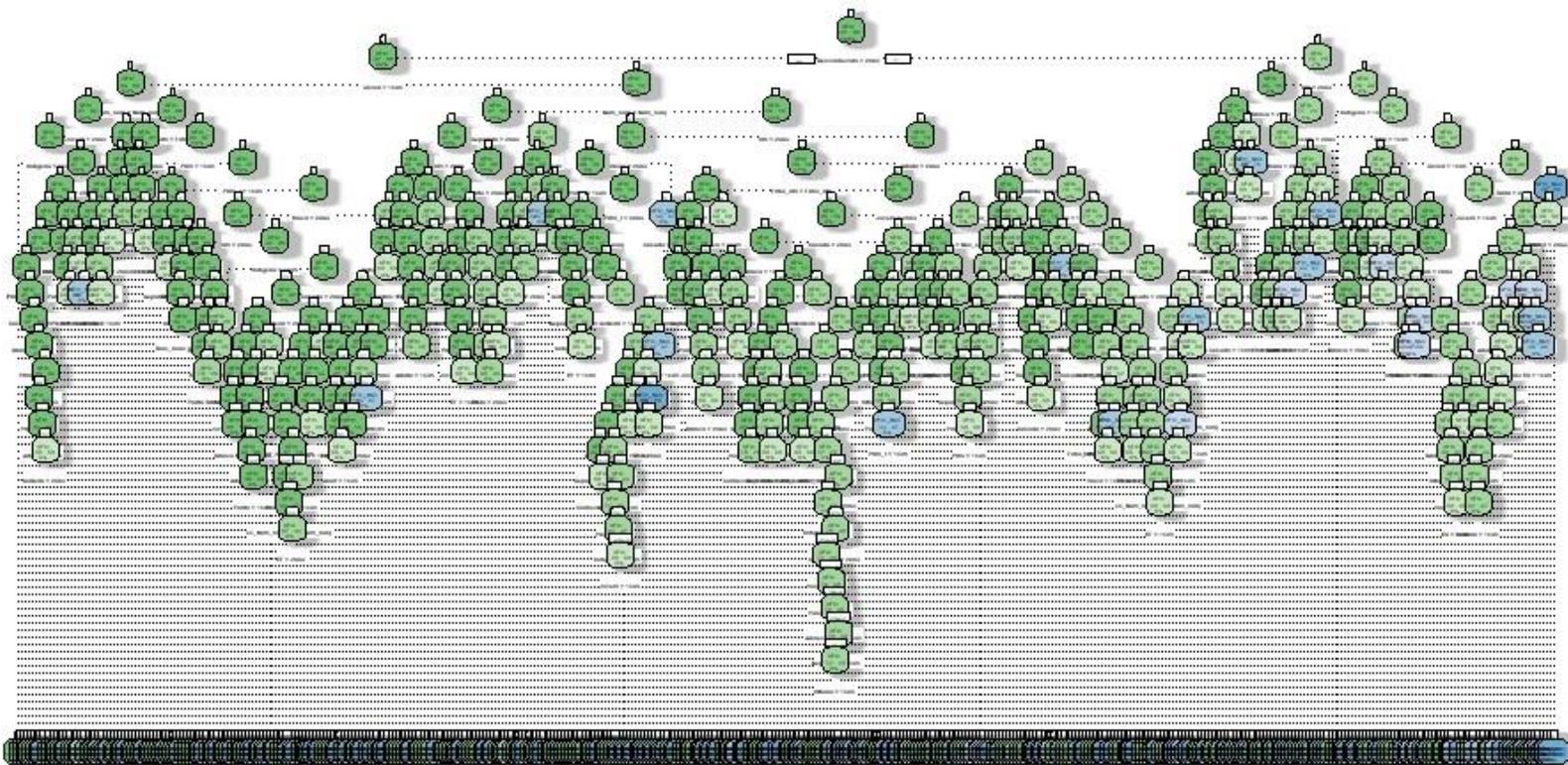


Figura 3A: Árvore de decisão de violência física para MS.

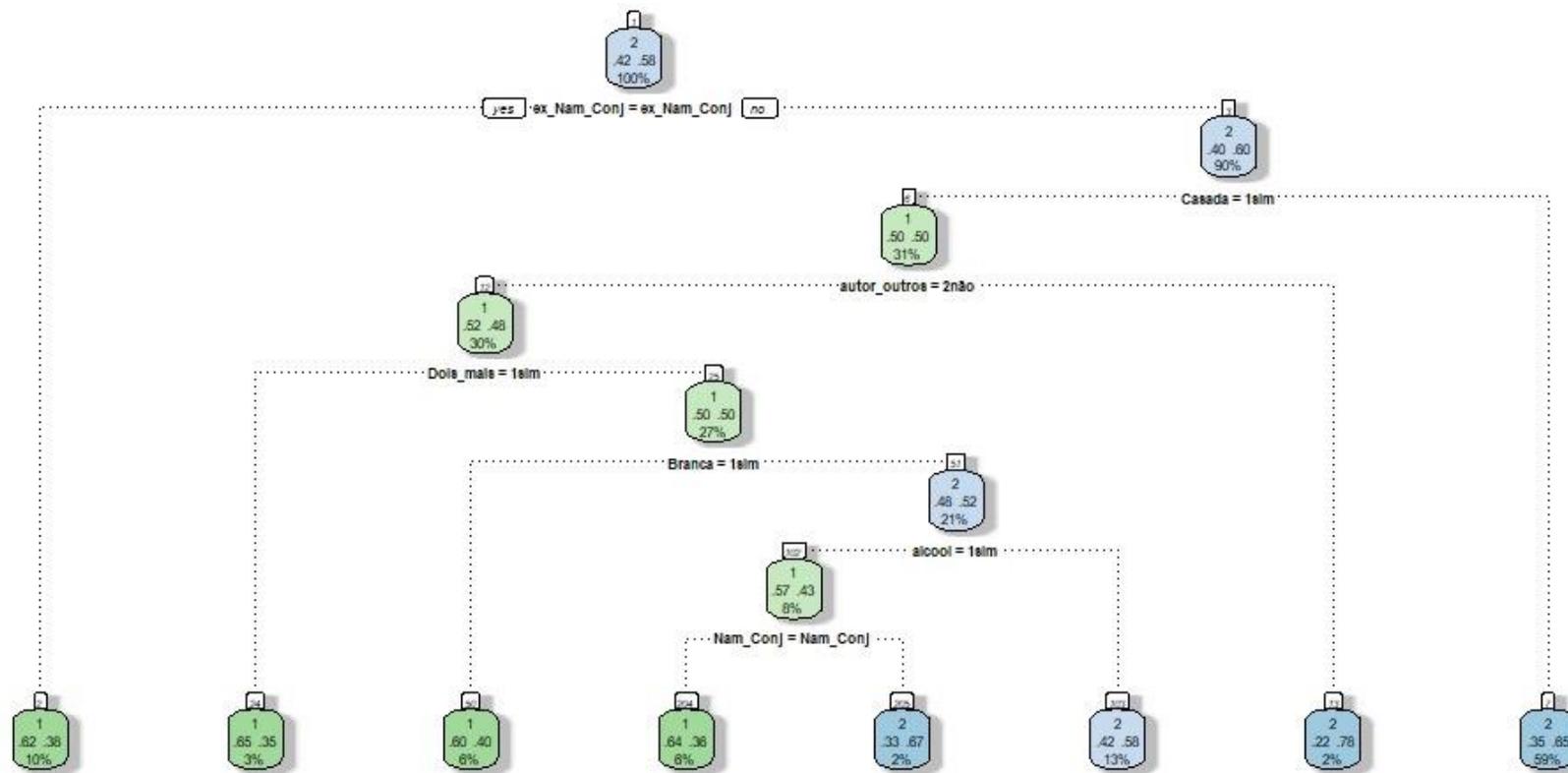


Figura 4A: Árvore de decisão de violência psicológica para MS

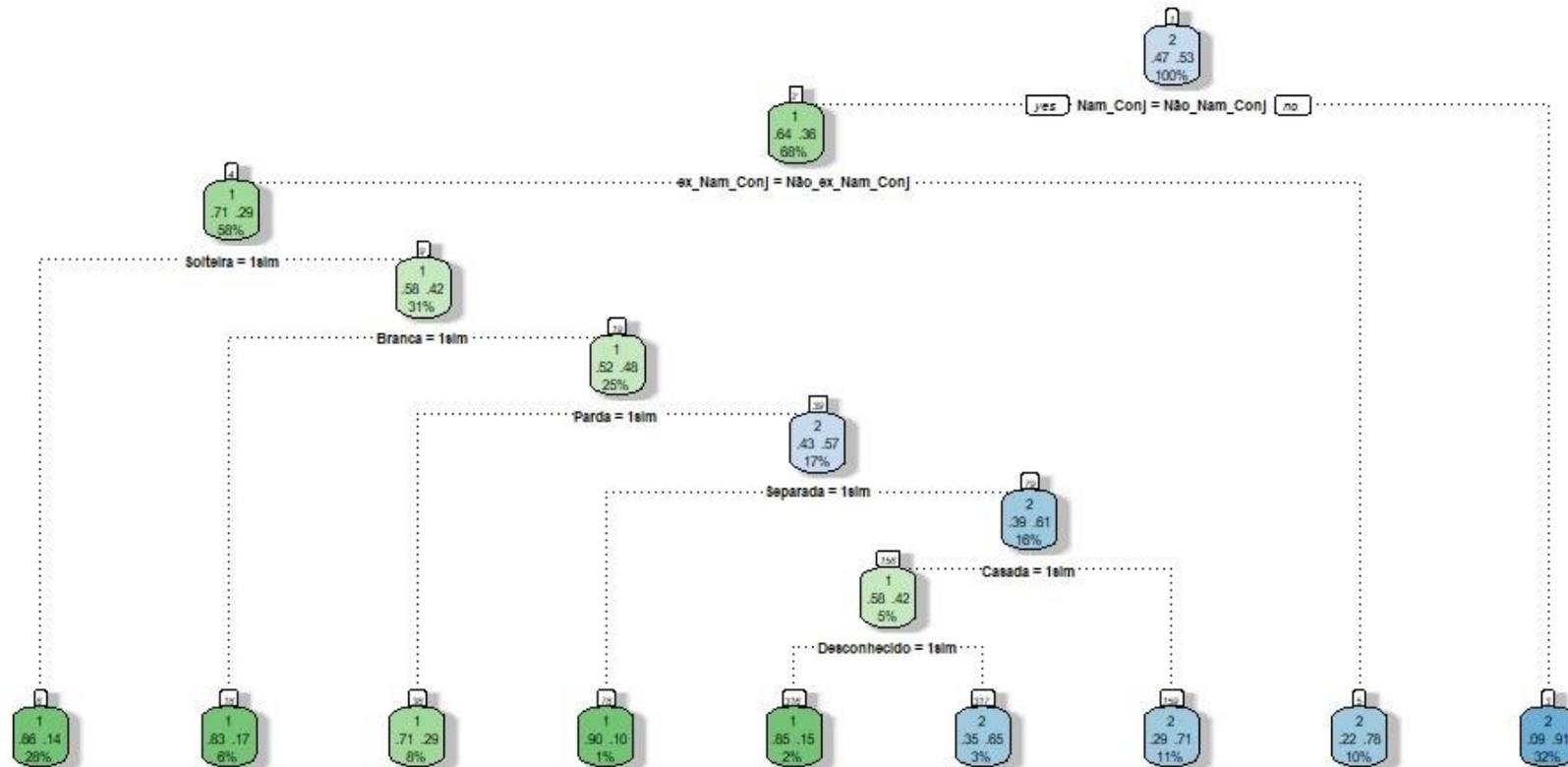


Figura 5A: Árvore de decisão de violência sexual para MS.

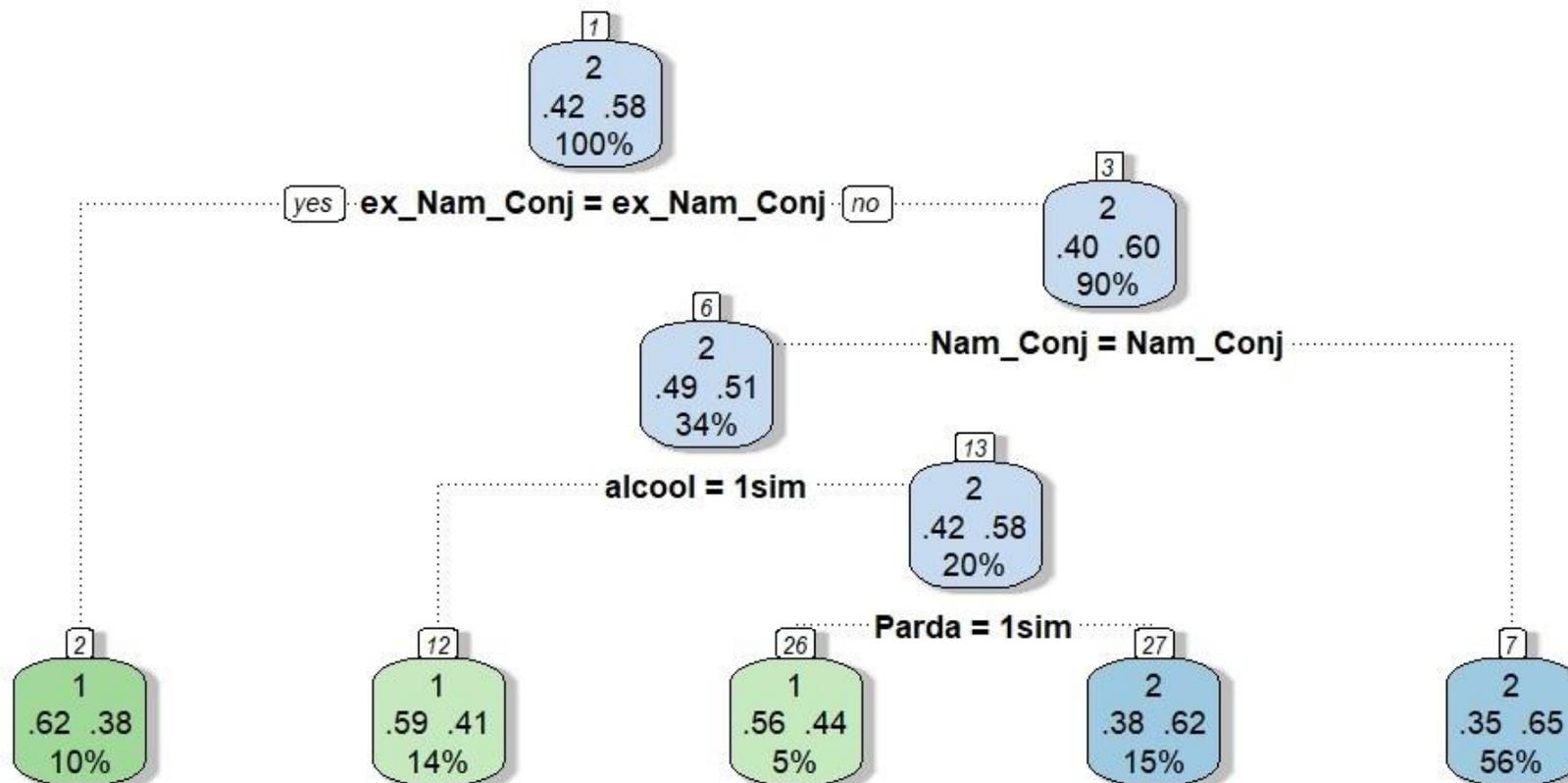


Figura 6A: Árvore de decisão de violência psicológica para SE.

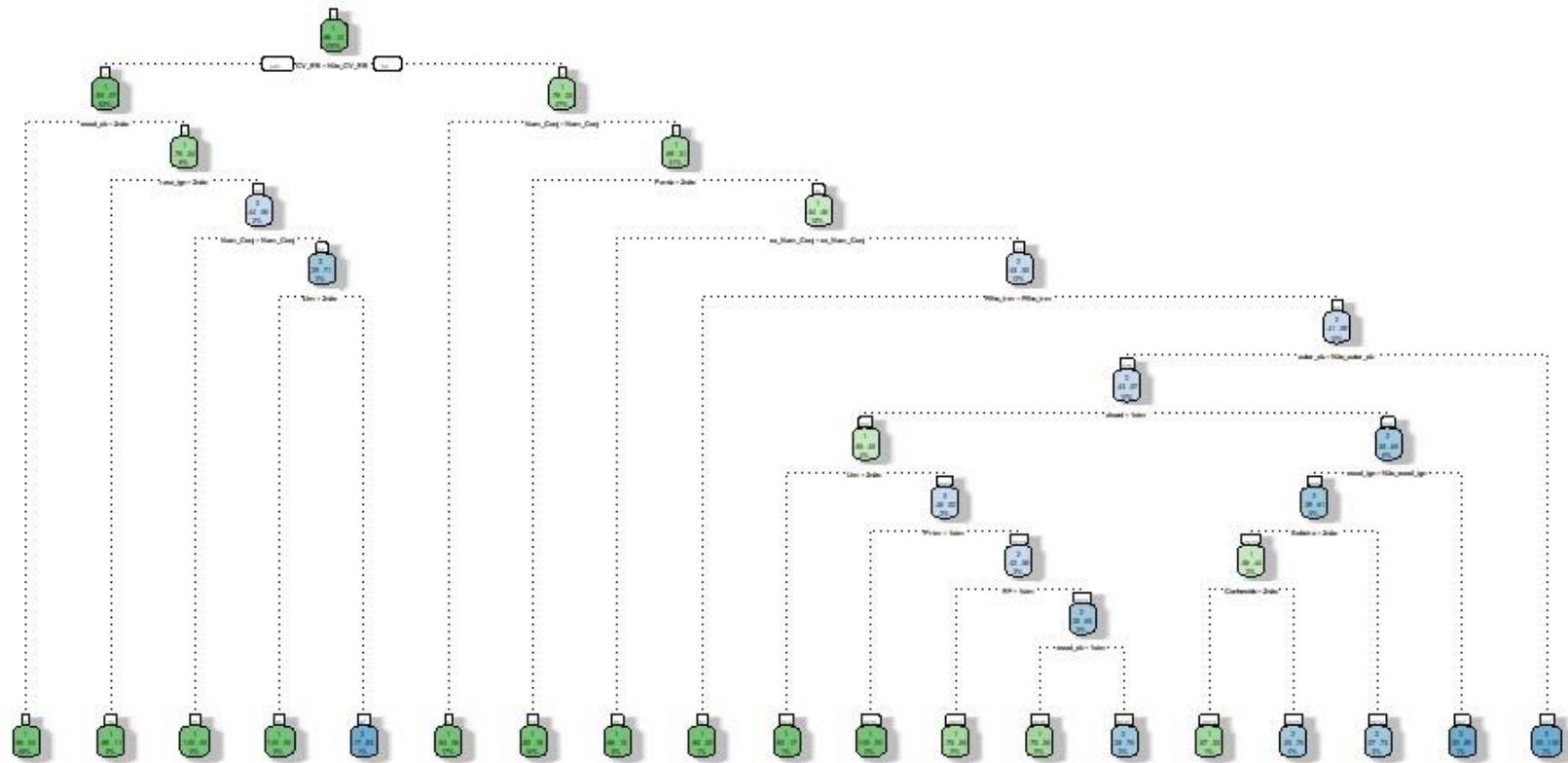


Figura 7A: Árvore de decisão de violência física para SE.

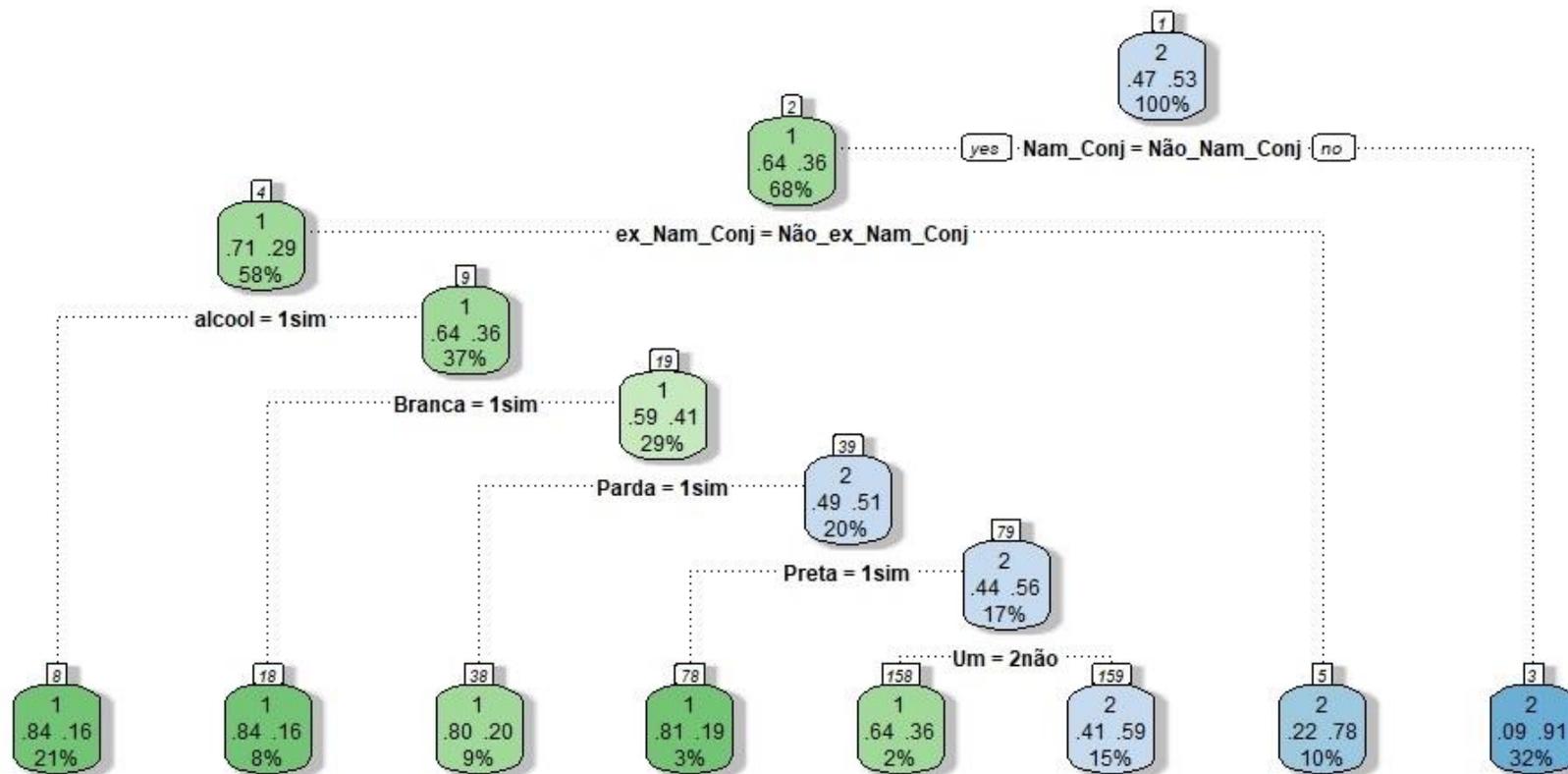


Figura 8A: Árvore de decisão de violência sexual para SE.

APÊNDICE B – RAZÕES DE CHANCES PARA VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E SEXUAL NAS UF'S

Tabela 1B - Estimativas da razão de chances (RC), intervalo de confiança de 95% e p valor obtidos através de modelos de regressão logística para o estado de Sergipe. SR = Variável Sem Representatividade Amostral (cinza claro). NS = Variável Não Significativa ($p > 0,05$) (cinza escuro). A cor vermelha representa os fatores de riscos e a cor azul os fatores de proteção.

Variável	Física				Sexual				Psicológica			
	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p
Raça/Cor												
Amarela	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Branca	6,73	3,73	13,41	0	NS	NS	NS	0,08	NS	NS	NS	0,19
Indígena	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Parda	3,77	2,91	4,95	0	0,59	0,47	0,74	0	1,31	1,05	1,63	0,02
Preta	11	4,86	31,56	0	0,33	0,18	0,58	0	2,39	1,4	4,24	0
Ignorado	9,93	6,91	14,86	0	0,18	0,13	0,24	0	0,09	0,06	0,14	0
Em Branco	5	2,08	14,81	0	NS	NS	NS	0,24	-	-	-	-
Escolaridade												
Analfabeto	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Primário Incompleto	4,3	2,25	9,06	0	0,44	0,24	0,79	0,01	2,06	1,17	3,76	0,01
Primário Completo	8,2	3,56	23,75	0	0,18	0,07	0,38	0	NS	NS	NS	0,1
Ensino Fundamental	7,67	4,38	14,74	0	0,53	0,35	0,78	0	NS	NS	NS	0,12
Ensino Médio	6,55	3,62	13,06	0	0,41	0,26	0,64	0	NS	NS	NS	0,75
Ensino Superior	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ignorado	8,18	6,06	11,34	0	0,27	0,21	0,34	0	0,25	0,19	0,32	0
Em Branco	2,91	1,84	4,78	0	NS	NS	NS	0,28	NS	NS	NS	0,05
Zona												
Urbana	5,95	4,77	7,52	0	0,42	0,35	0,49	0	0,6	0,51	0,71	0
Rural	7	4,49	11,53	0	0,3	0,2	0,43	0	0,69	0,5	0,95	0,02
Periurbana	7,75	3,07	26,06	0	0,09	0,02	0,26	0	0,3	0,13	0,62	0
Ignorado	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Em Branco	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Situação Conjugal												
Casada	9,81	6,74	14,92	0	0,24	0,18	0,33	0	NS	NS	NS	0,68
Separada	3,45	1,83	7,1	0	NS	NS	NS	0,33	NS	NS	NS	0,66
Solteira	3,02	2,21	4,2	0	NS	NS	NS	0,25	NS	NS	NS	0,94
Viúva	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ignorado	12,59	7,93	21,43	0	0,17	0,12	0,24	0	0,09	0,06	0,14	0
Não se Aplica	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Em Branco	NS	NS	NS	0,1	NS	NS	NS	0,18	NS	NS	NS	0,06

Tabela 1B - Estimativas da razão de chances (RC), intervalo de confiança de 95% e p valor obtidos através de modelos de regressão logística para o estado de Sergipe. SR = Variável Sem Representatividade Amostral (cinza claro). NS = Variável Não Significativa (p>0,05) (cinza escuro). A cor vermelha representa os fatores de riscos e a cor azul os fatores de proteção. Continuação.

Variável	Física				Sexual				Psicológica			
	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p
Número de Envolvidos												
Um	4,52	3,68	5,59	0	0,51	0,43	0,6	0	NS	NS	NS	0,08
Dois ou Mais	7,75	3,94	17,54	0	0,58	0,35	0,94	0,03	NS	NS	NS	0,26
Ignorado	52,33	19,88	211,95	0	0,03	0,01	0,07	0	0,03	0,01	0,07	0
Em Branco	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida												
Namorado ou Cônjuge	16,88	10,55	29,12	0	0,08	0,05	0,13	0	NS	NS	NS	0,76
Cuidador	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Padrasto ou Pai	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ex-Namorado ou Ex-cônjuge	15,33	7,32	39,33	0	0,2	0,11	0,34	0	NS	NS	NS	0,1
Institucional ou Patrão	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Filho ou Irmão	11	4,46	36,54	0	0,07	0,02	0,2	0	NS	NS	NS	0,3
Policial	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Conhecido	2,04	1,26	3,42	0	1,9	1,22	3,01	0,01	0,25	0,2	0,31	0
Desconhecido	NS	NS	NS	0,84	8	4,84	14,26	0	0,35	0,29	0,41	0
Outros	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Em Branco	15,73	8,98	30,75	0	0,08	0,04	0,13	0	0,32	0,23	0,44	0
Suspeita de uso de álcool												
Sim	8,59	6,29	12,04	0	0,27	0,21	0,34	0	0,71	0,58	0,87	0
Ignorado	4,91	3,57	6,9	0	0,53	0,41	0,68	0	0,37	0,27	0,48	0
Em Branco	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ciclo de vida do provável autor da violência												
Criança	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Adolescente	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Jovem	11	3,95	45,73	0	0,38	0,18	0,77	0,01	0,38	0,18	0,77	0,01
Adulto	10,35	6,72	16,9	0	0,18	0,12	0,26	0	0,49	0,37	0,65	0
Idoso	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ignorado	19,63	10,32	43,54	0	0,28	0,19	0,39	0	0,22	0,15	0,33	0
Em Branco	3,45	2,74	4,39	0	0,61	0,5	0,75	0	NS	NS	NS	0,92

Tabela 2B - Estimativas da razão de chances (RC), intervalo de confiança de 95% e p valor obtidos através de modelos de regressão logística para o estado de Mato Grosso do Sul. SR = Variável Sem Representatividade Amostral (cinza claro). NS = Variável Não Significativa (p>0,05) (cinza escuro). A cor vermelha representa os fatores de riscos e a cor azul os fatores de proteção.

Variável	Física				Sexual				Psicológica			
	RC	2.5 %	97.5 %	p	RC	2.5 %	97.5 %	p	RC	2.5 %	97.5 %	p
Raça/Cor												
Amarela	93	20,75	163,93	0	0,05	0,01	0,11	0	NS	NS	NS	0,46
Branca	9,59	8,49	10,88	0	0,09	0,07	0,1	0	0,67	0,62	0,72	0
Indígena	41,75	26,36	71,53	0	0,06	0,04	0,08	0	0,29	0,24	0,35	0
Parda	10,05	9,05	11,18	0	0,06	0,05	0,07	0	0,59	0,56	0,63	0
Preta	9,43	7,34	12,34	0	0,06	0,04	0,08	0	0,62	0,53	0,72	0
Ignorado	7,98	6,63	9,7	0	0,05	0,04	0,07	0	0,51	0,44	0,57	0
Em Branco	NS	NS	NS	0,93	NS	NS	NS	0,95	-	-	-	-
Escolaridade												
Analfabeto	10,81	8,67	13,68	0	0,06	0,05	0,08	0	0,65	0,57	0,74	0
Primário Incompleto	21,58	15,49	31,2	0	0,07	0,05	0,09	0	0,57	0,49	0,67	0
Primário Completo	20,5	13,18	34,14	0	0,06	0,04	0,09	0	0,48	0,39	0,6	0
Ensino Fundamental	9,55	8,34	11,01	0	0,05	0,04	0,06	0	0,63	0,58	0,68	0
Ensino Médio	6,75	5,76	7,98	0	0,1	0,08	0,12	0	0,82	0,74	0,92	0
Ensino Superior	3,96	2,89	5,53	0	0,13	0,08	0,19	0	NS	NS	NS	0,95
Ignorado	11,46	10,16	12,99	0	0,06	0,05	0,07	0	0,46	0,43	0,49	0
Em Branco	23,73	13,65	46,16	0	0,07	0,04	0,12	0	0,56	0,43	0,73	0
Zona												
Urbana	9,87	9,19	10,62	0	0,07	0,06	0,07	0	0,61	0,58	0,63	0
Rural	18,28	13,63	25,22	0	0,06	0,04	0,08	0	0,39	0,33	0,45	0
Periurbana	33	7,12	586,94	0	0,12	0,03	0,33	0	0,35	0,15	0,75	0,01
Ignorado	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Em Branco	9	4,78	19,26	0	0,1	0,05	0,2	0	0,47	0,3	0,74	0
Situação Conjugal												
Casada	13,58	12,19	15,17	0	0,04	0,03	0,04	0	0,6	0,56	0,63	0
Separada	8,55	7	10,57	0	0,06	0,05	0,08	0	0,68	0,6	0,78	0
Solteira	7,4	6,56	8,37	0	0,12	0,11	0,14	0	0,6	0,55	0,65	0
Viúva	7,08	4,11	13,26	0	0,14	0,07	0,24	0	NS	NS	NS	0,2
Ignorado	11,8	9,08	15,68	0	0,09	0,06	0,11	0	0,31	0,26	0,37	0
Não se Aplica	4,88	2,98	8,51	0	0,13	0,07	0,24	0	0,46	0,3	0,7	0
Em Branco	9	6,25	13,49	0	0,03	0,02	0,06	0	0,63	0,49	0,8	0

Tabela 2B - Estimativas da razão de chances (RC), intervalo de confiança de 95% e p valor obtidos através de modelos de regressão logística para o estado de Mato Grosso do Sul. SR = Variável Sem Representatividade Amostral (cinza claro). NS = Variável Não Significativa ($p > 0,05$) (cinza escuro). A cor vermelha representa os fatores de riscos e a cor azul os fatores de proteção. Continuação.

Variável	Física				Sexual				Psicológica			
	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p
Número de Envolvidos												
Um	9,84	9,14	10,62	0	0,06	0,06	0,07	0	0,59	0,56	0,62	0
Dois ou Mais	13,05	10,76	16,01	0	0,08	0,07	0,1	0	0,57	0,52	0,64	0
Ignorado	18,6	8,39	52,76	0	0,16	0,08	0,29	0	0,32	0,19	0,52	0
Em Branco	NS	NS	NS	0,92	NS	NS	NS	0,95	NS	NS	NS	0,21
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida												
Namorado ou Cônjuge	18,87	16,7	21,41	0	0,01	0,01	0,02	0	0,65	0,61	0,69	0
Cuidador	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Padrasto ou Pai	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ex-Namorado ou Ex-cônjuge	6,88	5,99	7,95	0	0,03	0,02	0,04	0	0,82	0,74	0,9	0
Institucional ou Patrão	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Filho ou Irmão	13,26	9,82	18,42	0	0,01	0,01	0,02	0	0,44	0,37	0,52	0
Policial	41	8,94	72,72	0	0,05	0,01	0,16	0	NS	NS	NS	0,22
Conhecido	7,61	5,89	10,01	0	0,22	0,17	0,27	0	0,25	0,2	0,31	0
Desconhecido	3,06	2,59	3,64	0	0,75	0,64	0,87	0	0,35	0,29	0,41	0
Outros	10,05	7,31	14,26	0	0,05	0,03	0,08	0	0,39	0,31	0,48	0
Em Branco	7,07	4,85	10,73	0	0,1	0,06	0,16	0	0,32	0,23	0,44	0
Suspeita de uso de álcool												
Sim	19,54	17,3	22,19	0	0,05	0,04	0,06	0	0,57	0,54	0,6	0
Ignorado	7,99	6,9	9,31	0	0,11	0,09	0,12	0	0,37	0,33	0,41	0
Em Branco	9,75	3,93	32,51	0	0,03	0	0,13	0	NS	NS	NS	0,26
Ciclo de vida do provável autor da violência												
Criança	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Adolescente	6,65	5,2	8,64	0	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Jovem	6,65	5,2	8,64	0	0,05	0,03	0,08	0	0,59	0,5	0,71	0
Adulto	10,3	9,04	11,78	0	0,06	0,05	0,07	0	0,53	0,49	0,58	0
Idoso	10,67	3,82	44,39	0	0,03	0	0,14	0	NS	NS	NS	0,07
Ignorado	7,43	5,97	9,37	0	0,09	0,07	0,12	0	0,39	0,33	0,46	0
Em Branco	11,4	10,36	12,57	0	0,07	0,06	0,08	0	0,64	0,61	0,68	0

Tabela 3B - Estimativas da razão de chances (RC), intervalo de confiança de 95% e p valor obtidos através de modelos de regressão logística para o Distrito Federal. SR = Variável Sem Representatividade Amostral (cinza claro). NS = Variável Não Significativa ($p > 0,05$) (cinza escuro). A cor vermelha representa os fatores de riscos e a cor azul os fatores de proteção.

Variável	Física				Sexual				Psicológica			
	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p
Raça/Cor												
Amarela	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Branca	1,48	1,22	1,79	0	1,62	1,33	1,96	0	NS	NS	NS	0,27
Indígena	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Parda	2,44	2,06	2,91	0	NS	NS	NS	0,35	NS	NS	NS	0,22
Preta	2,14	1,54	3,02	0	NS	NS	NS	0,19	NS	NS	NS	0,37
Ignorado	5,23	4,31	6,42	0	0,33	0,28	0,39	0	0,38	0,32	0,45	0
Em Branco	2,19	1,45	3,4	0	4,42	2,75	7,49	0				
Escolaridade												
Analfabeto	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Primário Incompleto	3,62	2,14	6,52	0	0,6	0,36	0,97	0,04	NS	NS	NS	0,73
Primário Completo	3,5	1,8	7,46	0	NS	NS	NS	0,29	NS	NS	NS	0,21
Ensino Fundamental	2,82	2,12	3,8	0	NS	NS	NS	0,95	0,73	0,56	0,96	0,02
Ensino Médio	1,23	1,01	1,51	0,04	2,23	1,8	2,79	0	NS	NS	NS	0,57
Ensino Superior	NS	NS	NS	0,92	2,18	1,46	3,31	0	NS	NS	NS	0,77
Ignorado	4,37	3,74	5,13	0	0,43	0,37	0,49	0	0,51	0,45	0,59	0
Em Branco	2,55	1,68	3,98	0	3,52	2,29	5,6	0	1,49	1	2,25	0,06
Zona												
Urbana	2,83	2,55	3,14	0	0,81	0,73	0,89	0	0,72	0,65	0,79	0
Rural	4,71	2,73	8,74	0	0,6	0,37	0,94	0,03	NS	NS	NS	0,35
Periurbana	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ignorado	5,2	2,17	15,37	0	NS	NS	NS	0,85	NS	NS	NS	0,58
Em Branco	NS	NS	NS	0,08	2,36	1,69	3,35	0	NS	NS	NS	0,08
Situação Conjugal												
Casada	4,35	3,6	5,28	0	0,45	0,38	0,54	0	NS	NS	NS	0,87
Separada	2,24	1,64	3,1	0	NS	NS	NS	0,11	1,7	1,26	2,33	0
Solteira	1,45	1,25	1,69	0	2,57	2,19	3,03	0	0,73	0,63	0,85	0
Viúva	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ignorado	4,73	3,7	6,13	0	0,36	0,29	0,45	0	0,26	0,2	0,33	0
Não se Aplica	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Em Branco	5,2	2,76	10,86	0	0,56	0,31	0,97	0,04	NS	NS	NS	0,24

Tabela 3B - Estimativas da razão de chances (RC), intervalo de confiança de 95% e p valor obtidos através de modelos de regressão logística para o Distrito Federal. SR = Variável Sem Representatividade Amostral (cinza claro). NS = Variável Não Significativa (p>0,05) (cinza escuro). A cor vermelha representa os fatores de riscos e a cor azul os fatores de proteção. Continuação.

Variável	Física				Sexual				Psicológica			
	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p	RC	2.5%	97.5%	p
Número de Envolvidos												
Um	2,83	2,55	3,14	0	0,77	0,7	0,84	0	0,7	0,63	0,77	0
Dois ou Mais	2,01	1,53	2,66	0	1,86	1,42	2,46	0	NS	NS	NS	0,31
Ignorado	2,53	1,47	4,56	0	2,67	1,51	4,98	0	0,48	0,26	0,87	0,02
Em Branco	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida												
Namorado ou Cônjuge	9,15	7,24	11,75	0	0,1	0,07	0,12	0	NS	NS	NS	0,67
Cuidador	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Padrasto ou Pai	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ex-Namorado ou Ex-cônjuge	6,5	4,45	9,88	0	0,28	0,2	0,39	0	1,63	1,22	2,18	0
Institucional ou Patrão	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Filho ou Irmão	2,8	1,59	5,21	0	0,47	0,26	0,83	0,01	NS	NS	NS	0,05
Policial	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Conhecido	NS	NS	NS	0,44	3,42	2,5	4,76	0	1,11	0,85	1,47	0,44
Desconhecido	1,36	1,16	1,58	0	3,35	2,81	4,02	0	1,36	1,16	1,58	0
Outros	2,12	1,33	3,47	0	NS	NS	NS	0,57	2,12	1,33	3,47	0
Em Branco	2,86	1,77	4,8	0	2,04	1,3	3,28	0	2,86	1,77	4,8	0
Suspeita de uso de álcool												
Sim	2,6	2,23	3,05	0	NS	NS	NS	0,39	NS	NS	NS	0,88
Ignorado	3,56	2,99	4,25	0	0,59	0,51	0,69	0	0,42	0,36	0,5	0
Em Branco	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ciclo de vida do provável autor da violência												
Criança	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Adolescente	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Jovem	NS	NS	NS	0,64	NS	NS	NS	0,28	NS	NS	NS	1
Adulto	2,44	1,99	3,02	0	0,61	0,5	0,74	0	0,78	0,64	0,94	0,01
Idoso	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Ignorado	2,24	1,84	2,73	0	NS	NS	NS	0,46	0,5	0,41	0,61	0
Em Branco	3,4	2,95	3,92	0	NS	NS	NS	0,07	0,83	0,73	0,94	0

APÊNDICE C – SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS

Quadro 1C - Processo de seleção dos dados em 3 etapas. Verde são as variáveis que concordam com a pergunta de sua respectiva fase e em vermelho as que discordam. Azul são as variáveis utilizadas no processo de filtragem.

n°	Variáveis	Etapa I		Etapa II	Etapa III	n°	Variáveis	Etapa I		Etapa II	Etapa III
		Parte I	Parte II					Parte I	Parte II		
1	AG_AMEACA	SIM	SIM	SIM	SIM	32	REL_OUTROS	SIM	SIM	SIM	SIM
2	AG_CORTE	SIM	SIM	SIM	SIM	33	REL_PAD	SIM	SIM	SIM	SIM
3	AG_ENFOR	SIM	SIM	SIM	SIM	34	REL_PAI	SIM	SIM	SIM	SIM
4	AG_ENVEN	SIM	SIM	SIM	SIM	35	REL_PATRAO	SIM	SIM	SIM	SIM
5	AG_FOGO	SIM	SIM	SIM	SIM	36	REL_POL	SIM	SIM	SIM	SIM
6	AG_FORCA	SIM	SIM	SIM	SIM	36	REL_POL	SIM	SIM	SIM	SIM
7	AG_OBJETO	SIM	SIM	SIM	SIM	37	REL_TRAB	SIM	SIM	SIM	SIM
8	AG_OUTROS	SIM	SIM	SIM	SIM	38	SEX_ASSEDI	SIM	SIM	SIM	SIM
9	AG_QUENTE	SIM	SIM	SIM	SIM	39	SEX_ESTUPR	SIM	SIM	SIM	SIM
10	AUTOR_ALCO	SIM	SIM	SIM	SIM	40	SEX_EXPLO	SIM	SIM	SIM	SIM
11	CS_ESCOL_N	SIM	SIM	SIM	SIM	41	SEX_OUTRO	SIM	SIM	SIM	SIM
12	CS_RACA	SIM	SIM	SIM	SIM	42	SIT_CONJUG	SIM	SIM	SIM	SIM
13	NUM_ENVOLV	SIM	SIM	SIM	SIM	43	VIOL_FINAN	SIM	SIM	SIM	SIM
14	PROC_ABORT	SIM	SIM	SIM	SIM	44	VIOL_FISIC	SIM	SIM	SIM	SIM
15	PROC_CONTR	SIM	SIM	SIM	SIM	45	VIOL_LEGAL	SIM	SIM	SIM	SIM
16	PROC_DST	SIM	SIM	SIM	SIM	46	VIOL_NEGLI	SIM	SIM	SIM	SIM
17	PROC_HEPB	SIM	SIM	SIM	SIM	47	VIOL_OUTR	SIM	SIM	SIM	SIM
18	PROC_HIV	SIM	SIM	SIM	SIM	48	VIOL_PSICO	SIM	SIM	SIM	SIM
19	PROC_SANG	SIM	SIM	SIM	SIM	49	VIOL_SEXU	SIM	SIM	SIM	SIM
20	PROC_SEMEN	SIM	SIM	SIM	SIM	50	VIOL_TORT	SIM	SIM	SIM	SIM
21	PROC_VAGIN	SIM	SIM	SIM	SIM	51	VIOL_TRAF	SIM	SIM	SIM	SIM
22	REL_CONHEC	SIM	SIM	SIM	SIM	52	IDENT_GEN	NÃO	SIM	SIM	SIM
23	REL_CONJ	SIM	SIM	SIM	SIM	53	ORIENT_SEX	NÃO	SIM	SIM	SIM
24	REL_CUIDA	SIM	SIM	SIM	SIM	54	VIOL_MOTIV	NÃO	SIM	SIM	SIM
25	REL_DESCO	SIM	SIM	SIM	SIM	55	DEFEN_PUBL	NÃO	SIM	SIM	SIM
26	REL_EXCON	SIM	SIM	SIM	SIM	56	DIR_HUMAN	NÃO	SIM	SIM	SIM
27	REL_EXNAM	SIM	SIM	SIM	SIM	57	REDE_EDUCA	NÃO	SIM	SIM	SIM
28	REL_FILHO	SIM	SIM	SIM	SIM	58	ASSIST_SOC	NÃO	SIM	SIM	SIM
29	REL_INST	SIM	SIM	SIM	SIM	59	ATEND_MULH	NÃO	SIM	SIM	SIM
30	REL_IRMAO	SIM	SIM	SIM	SIM	60	DELEG	NÃO	SIM	SIM	SIM
31	REL_NAMO	SIM	SIM	SIM	SIM	61	DELEG_MULH	NÃO	SIM	SIM	SIM

Etapa I - Parte I: a variável está presente entre os anos de 2009 a 2013?

Etapa I - Parte II: a variável está presente entre os anos de 2014 a 2017?

Etapa II - a variável está presente no dicionário de dados do SINAN versão 5.0?

Etapa III - a variável está dentro dos objetivos da pesquisa ou foi utilizada no processo de filtragem?

Quadro 1C - Processo de seleção dos dados em 3 etapas. Verde são as variáveis que concordam com a pergunta de sua respectiva fase e em vermelho as que discordam. Azul são as variáveis utilizadas no processo de filtragem. Continuação.

n°	Variáveis	Etapa I		Etapa II	Etapa III	n°	Variáveis	Etapa I		Etapa II	Etapa III
		Parte I	Parte II					Parte I	Parte II		
61	DELEG_MULH	NÃO	SIM	SIM	SIM	97	CS_GESTANT	SIM	SIM	SIM	FILT.
62	MPU	NÃO	SIM	SIM	SIM	98	DEF_MENTAL	SIM	SIM	SIM	FILT.
63	REDE_SAU	NÃO	SIM	SIM	SIM	99	DEF_AUDITI	SIM	SIM	SIM	FILT.
64	CICL_VID	NÃO	SIM	SIM	SIM	100	DEF_FISICA	SIM	SIM	SIM	FILT.
65	HORA_OCOR	SIM	SIM	SIM	SIM	101	DEF_OUT	SIM	SIM	SIM	FILT.
66	LOCAL_OCOR	SIM	SIM	SIM	SIM	102	DEF_TRANS	SIM	SIM	SIM	FILT.
67	OUT_VEZES	SIM	SIM	SIM	SIM	103	DEF_VISUAL	SIM	SIM	SIM	FILT.
68	ZONA	SIM	SIM	SIM	SIM	104	TRAN_COMP	SIM	SIM	SIM	FILT.
69	ZONA_OCOR	SIM	SIM	SIM	SIM	105	TRAN_MENT	SIM	SIM	SIM	FILT.
70	REL_CAT	SIM	SIM	SIM	SIM	106	DT_ENCERRA	SIM	SIM	SIM	NÃO
71	ID_MN_OCOR	SIM	SIM	SIM	SIM	107	CIRC_LESAO	SIM	SIM	SIM	NÃO
72	ID_MN_RESI	SIM	SIM	SIM	SIM	108	AG_ESPEC	SIM	SIM	SIM	NÃO
73	ID_MUNICIP	SIM	SIM	SIM	SIM	109	DEF_ESPEC	SIM	SIM	SIM	NÃO
74	ID_UNIDADE	SIM	SIM	SIM	SIM	110	ENC_ESPEC	SIM	SIM	SIM	NÃO
75	SG_UF_NOT	SIM	SIM	SIM	SIM	111	LESAO_ESPE	SIM	SIM	SIM	NÃO
76	SG_UF_OCOR	SIM	SIM	SIM	SIM	112	REL_ESPEC	SIM	SIM	SIM	NÃO
77	CO_UNI_EXT	NÃO	SIM	SIM	SIM	112	REL_ESPEC	SIM	SIM	SIM	NÃO
78	ID_RG_RESI	SIM	SIM	SIM	SIM	113	SEX_ESPEC	SIM	SIM	SIM	NÃO
79	ID_REGIONA	SIM	SIM	SIM	SIM	114	VIOL_ESPEC	SIM	SIM	SIM	NÃO
80	TP_NOT	SIM	SIM	SIM	SIM	115	ENC_OUTR	SIM	SIM	SIM	NÃO
81	ID_AGRAVO	SIM	SIM	SIM	SIM	116	REL_MAD	SIM	SIM	SIM	NÃO
82	NU_NOTIFIC	SIM	SIM	SIM	SIM	117	REL_MAE	SIM	SIM	SIM	NÃO
83	SEM_NOT	NÃO	SIM	SIM	SIM	118	VIOL_INFAN	SIM	SIM	SIM	NÃO
84	SEM_PRI	NÃO	SIM	SIM	SIM	119	SEX_PORNO	SIM	SIM	SIM	NÃO
85	ID_OCUPA_N	SIM	SIM	SIM	SIM	120	CONS_IDO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
86	SG_UF	SIM	SIM	SIM	FILT.	121	DELEG_IDOS	NÃO	SIM	SIM	NÃO
87	NU_ANO	SIM	SIM	SIM	FILT.	122	DELEG_CRIA	NÃO	SIM	SIM	NÃO
88	NU_IDADE_N	SIM	SIM	SIM	FILT.	123	CONS_TUTEL	NÃO	SIM	SIM	NÃO
89	DT_NASC	SIM	SIM	SIM	FILT.	124	INFAN_JUV	NÃO	SIM	SIM	NÃO
90	DT_NOTIFIC	SIM	SIM	SIM	FILT.	125	DT_INVEST	NÃO	SIM	NÃO	x
91	DT_OCOR	SIM	SIM	SIM	FILT.	126	NU_LOTE_H	NÃO	SIM	NÃO	x
92	AUTOR_SEXO	SIM	SIM	SIM	FILT.	127	ENC_ABRIGO	SIM	SIM	NÃO	x
93	CS_SEXO	SIM	SIM	SIM	FILT.	128	ENC_IML	SIM	SIM	NÃO	x
94	ID_PAIS	SIM	SIM	SIM	FILT.	129	ENC_SENTIN	SIM	SIM	NÃO	x
95	REL_PROPRI	SIM	SIM	SIM	FILT.	130	ENC_CREAS	SIM	SIM	NÃO	x
96	LES_AUTOP	SIM	SIM	SIM	FILT.	131	ENC_DEAM	SIM	SIM	NÃO	x

Etapa I - Parte I: a variável está presente entre os anos de 2009 a 2013?

Etapa I - Parte II: a variável está presente entre os anos de 2014 a 2017?

Etapa II - a variável está presente no dicionário de dados do SINAN versão 5.0?

Etapa III - a variável está dentro dos objetivos da pesquisa ou foi utilizada no processo de filtragem?

Quadro 1C - Processo de seleção dos dados em 3 etapas. Verde são as variáveis que concordam com a pergunta de sua respectiva fase e em vermelho as que discordam. Azul são as variáveis utilizadas no processo de filtragem. Continuação.

n°	Variáveis	Etapa I		Etapa II	Etapa III	n°	Variáveis	Etapa I		Etapa II	Etapa III
		Parte I	Parte II					Parte I	Parte II		
132	ENC_DELEG	SIM	SIM	NÃO	x	165	DT_TRANSSEM	SIM	SIM	NÃO	x
133	ENC_MPU	SIM	SIM	NÃO	x	166	DT_TRANSUS	SIM	SIM	NÃO	x
134	ENC_MULHER	SIM	SIM	NÃO	x	167	IDENT_MICR	SIM	SIM	NÃO	x
135	ENC_SAUDE	SIM	SIM	NÃO	x	168	TP_UNI_EXT	NÃO	NÃO	SIM	x
136	CONS_ESPEC	SIM	SIM	NÃO	x	169	NDUPLIC	NÃO	NÃO	SIM	x
137	D_R	SIM	NÃO	NÃO	x	170	NM_UNI_EXT	NÃO	NÃO	SIM	x
138	ENC_DPCA	SIM	SIM	NÃO	x	171	LOCAL_ESPE	NÃO	NÃO	SIM	x
139	ENC_TUTELA	SIM	SIM	NÃO	x	172	ID_CNS_SUS	NÃO	NÃO	SIM	x
140	ENC_VARA	SIM	SIM	NÃO	x	173	ID_DIS_OCO	NÃO	NÃO	SIM	x
141	CONS_ABORT	SIM	SIM	NÃO	x	174	ID_DISTRIT	NÃO	NÃO	SIM	x
142	CONS_COMP	SIM	SIM	NÃO	x	175	ID_GEO1	NÃO	NÃO	SIM	x
143	CONS_DST	SIM	SIM	NÃO	x	176	ID_GEO2	NÃO	NÃO	SIM	x
144	CONS_ESTRE	SIM	SIM	NÃO	x	177	ID_GEO3	NÃO	NÃO	SIM	x
145	CONS_GRAV	SIM	SIM	NÃO	x	178	ID_GEO4	NÃO	NÃO	SIM	x
146	CONS_MENT	SIM	SIM	NÃO	x	179	D_R_A	NÃO	NÃO	NÃO	x
147	CONS_OUTR	SIM	SIM	NÃO	x	180	D_R_B	NÃO	NÃO	NÃO	x
148	CONS_SUIC	SIM	SIM	NÃO	x	181	DATA_OCORR	NÃO	NÃO	NÃO	x
149	EVOLUCAO	SIM	SIM	NÃO	x	182	DUPLIC	NÃO	NÃO	NÃO	x
150	LESAO_CORP	SIM	SIM	NÃO	x	183	ENCAMINHA_	NÃO	NÃO	NÃO	x
151	LESAO_NAT	SIM	SIM	NÃO	x	184	FICHA	NÃO	NÃO	NÃO	x
152	PEN_ANAL	SIM	SIM	NÃO	x	185	FILTER_	NÃO	NÃO	NÃO	x
153	PEN_ORAL	SIM	SIM	NÃO	x	186	FXETARIANO	NÃO	NÃO	NÃO	x
154	PEN_VAGINA	SIM	SIM	NÃO	x	187	ID	NÃO	NÃO	NÃO	x
155	REL_SEXUAL	SIM	SIM	NÃO	x	188	ID_FICHA	NÃO	NÃO	NÃO	x
156	SEX_PUDOR	SIM	SIM	NÃO	x	189	ID_FICHA2	NÃO	NÃO	NÃO	x
157	DT_DIGITA	SIM	SIM	NÃO	x	190	IDADE_ORIG	NÃO	NÃO	NÃO	x
158	NU_LOTE_V	NÃO	SIM	NÃO	x	191	MUN_10NOTI	NÃO	NÃO	NÃO	x
159	CLASSI_FIN	SIM	SIM	NÃO	x	192	SEQ	NÃO	NÃO	NÃO	x
160	DT_OBITO	SIM	SIM	NÃO	x	193	TOTAL	NÃO	NÃO	NÃO	x
161	DT_TRANSDEM	SIM	SIM	NÃO	x	194	TOTAL2	NÃO	NÃO	NÃO	x
162	DT_TRANSRM	SIM	SIM	NÃO	x	195	TPUNINOT	NÃO	NÃO	NÃO	x
163	DT_TRANSRS	SIM	SIM	NÃO	x	196	UNICO	NÃO	NÃO	NÃO	x
164	DT_TRANSSE	SIM	SIM	NÃO	x						

Etapa I - Parte I: a variável está presente entre os anos de 2009 a 2013?

Etapa I - Parte II: a variável está presente entre os anos de 2014 a 2017?

Etapa II - a variável está presente no dicionário de dados do SINAN versão 5.0?

Etapa III - a variável está dentro dos objetivos da pesquisa ou foi utilizada no processo de filtragem?

APÊNDICE D – VARIÁVEIS UTILIZADAS PARA FILTRAGEM

Quadro 1D - Variáveis utilizadas para a filtragem da base de dados do SINAN.

Significado da Variável	Variáveis	Categorias da Variável	Filtragem
País de Residência por ocasião da notificação	ID_PAIS	Tabela com código e descrição de países.	Brasil
Sexo do Autor	AUTOR_SEXO	1. masculino 2. feminino 3. ambos os sexos 9. ignorado	1. masculino
Sexo das Mulheres	CS_SEXO	M. masculino F. feminino I. Ignorado	F. feminino
Lesão Autoprovocada	LES_AUTOP	1. sim 2. não 8. não se aplica 9. ignorado	2. não 8. não se aplica 9. ignorado
Autor é a Própria Mulher	REL_PROPRI	1. sim 2. não 9. ignorado	2. não 9. ignorado
Data da Notificação	DT_NOTIFIC	dia/mês/ano	anos de 2009 a 2017
Ano da Notificação	NU_ANO	dia/mês/ano	anos de 2009 a 2017
Data da Ocorrência da Violência	DT_OCOR	dia/mês/ano	considerados até o ano de 2017
Data de Nascimento das Mulheres	DT_NASC	Data de Nascimento	de 20 a 59 anos
Idade das Mulheres	NU_IDADE_N	A composição da variável obedece o seguinte critério: 1o dígito: 1. Hora 2. Dia 3. Mês 4. Ano	de 20 a 59 anos
Se a mulher está gestante	CS_GESTANT	1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. idade gestacional ignorada 5. não 6. não se aplica 9. ignorado	5. não 6. não se aplica 9. ignorado
Deficiência Intelectual	DEF_MENTAL	1. sim 2. não 8. não se aplica 9. ignorado	2. não 8. não se aplica 9. ignorado
Deficiência Auditiva	DEF_AUDITI		
Deficiência Física	DEF_FISICA		
Outras Deficiências/Síndromes	DEF_OUT		
Deficiência transtorno	DEF_TRANS		
Deficiência Visual	DEF_VISUAL		
Transtorno de Comportamento	TRAN_COMP		
Transtorno Mental	TRAN_MENT		
Unidade Federativa do Brasil	SG_UF	Tabela de códigos do IBGE	Distrito Federal Sergipe Mato Grosso do Sul

APÊNDICE E – PROCESSO DE FILTRAGEM

Quadro 1E - Processo de filtragem da base de dados do SINAN.

Significado da Variável	Variáveis	Categorias da Variável	Filtragem	Antes do Filtro	Depois do Filtro
Sexo da Vítima	CS_SEXO	F. Feminino: 1.091.258(70,7%) M. Masculino: 451.772 I. Ignorado 662 (~0%)	F. feminino	1.543.692	1.091.258
Sexo do Autor	AUTOR_SEXO	1. Masculino: 632.381(57,9%) 2. Feminino: 273.681(25,1%) 3. Ambos os sexos: 54.620 (5,0%) 9. Ignorado:113.031 (10,4%) Em Branco: 17.545(1,6%)	1. masculino	1.091.258	632.381
Idade das Mulheres	NU_IDADE_N	Adultas: 399.393 (64,8%) Outras Idades: 217.252 (35,2%)	20 a 59 anos	632.381	399.393
Lesão Autoprovocada	LES_AUTOP	1. sim: 16.136 (4,0%) 2. não 346.685 (86,8%) 9. Ignorado 273.65 (6,9%) Em Branco: 9.207(2,3%)	2. não 8. não se aplica 9. ignorado em branco	399.393	383.257
Autor é a Própria Mulher	REL_PROPRI	1. sim: 1.122 (0,3%) 2. não: 348.445 (90,9%) 9. ignorado: 8.356 (2,2%) Em Branco: 25.334 (6,6%)	2. não 9. ignorado e em branco	383.257	382.135
País de Residência por ocasião da notificação	ID_PAIS	1. Brasil: 382.054 (~100%) 2. Outros: 69 (~0%) Em Branco: 12 (~0%)	Brasil	382.135	382.054
Ano da Ocorrência da Violência	DT_NOTIFIC	de 2009 a 2017: 381.786(~100%) ano 2018: 268 (~0%)	2009 a 2017	382.054	381.786
Ano da Notificação	DT_OCOR	de 1959 a 2002: 160 (~0%) de 2009 a 2017 381.626 (~100%)	1959 a 2017	381.786	381.786
Se a mulher está gestante	CS_GESTANT	1. Gestante: 2.1531 (5,6%) 2. Não Gestante: 255.656 (67%) 3. Não se Aplica: 36.656 (9,6%) 4. Ignorados: 67.943 (17,8%)	5. não 6. não se aplica 9. ignorado	381.786	360.255
Deficiência Auditiva	DEF_AUDITI	1. sim: 913 (0,3%) 2. não: 15.087 (4,2%) 8. não se aplica: 338.669 (94,0%) 9. ignorado: 710 (0,2%) Em Branco: 4.876 (1,4%)	2. não 8. não se aplica 9. ignorado em branco	360.255	359.342

Quadro 1E - Processo de filtragem da base de dados do SINAN. Continuação.

Significado da Variável	Variáveis	Categorias da Variável	Filtragem	Antes do Filtro	Depois do Filtro
Transtorno de Comportamento	TRAN_COMP	1. sim: 2 (~0%) 2. não: 187 (0,1%) 8. não se aplica: 338.642 (98,9%) 9. ignorado: 54 (~0%) Em Branco: 3.400(1,0%)	2. não 8. não se aplica 9. ignorado em branco	342.285	342.283
Outras Deficiências/Síndromes	DEF_OUT	1. sim: 2.079 (0,6%) 2. não: 10.406 (2,9%) 8. não se aplica: 338.655 (94,9%) 9. ignorado: 926 (0,3%) Em Branco: 4.687(1,3%)	2. não 8. não se aplica 9. ignorado em branco	356.753	354.674
Deficiência Transtorno	DEF_TRANS	1. sim: 12.387 (3,5%) 2. não: 295.152 (83,2%) 8. não se aplica: 100 (~0%) 9. ignorado: 43.558 (12,3%) Em Branco: 3.477(1%)	2. não 8. não se aplica 9. ignorado em branco	354.674	342.287
Deficiência Visual	DEF_VISUAL	1. sim: 2 (~0%) 2. não: 191 (0,1%) 8. não se aplica: 338.643 (98,9%) 9. ignorado: 53 (~0%) Em Branco: 3.398(1,0%)	2. não 8. não se aplica 9. ignorado em branco	342.287	342.285
Transtorno Mental	TRAN_MENT	1. sim: 6 (~0%) 2. não: 181 (0,1%) 8. não se aplica: 338.642 (98,9%) 9. ignorado: 55 (~0%) Em Branco: 3.399(1,0%)	2. não 8. não se aplica 9. ignorado em branco	342.283	342.277
Deficiência Intelectual	DEF_MENTAL	1. sim: 1 (~0%) 2. não: 187 (0,1%) 8. não se aplica: 338.641 (98,9%) 9. ignorado: 53 (~0%) Em Branco: 3.395(1,0%)	2. não 8. não se aplica 9. ignorado em branco	342.277	342.276
Unidade Federativa do Brasil	SG_UF	DF: 2.175 - MS: 9.688 - SE: 896 - Outras UF's: 329517	DF, MS e SE	342.276	12759

APÊNDICE F – VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA ESTUDO

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais.

Categorias da Variável ou Variável	Orientação e/ou Definição das Categorias
DADOS GERAIS	
Tipo de Notificação (COD: TP_NOT) <i>Campo Obrigatório</i>	
1. Negativa 2. Individual 3. Surto 4. Agregado	Orientação: preenchimento automático para 2. Individual. Definição: individual. De uma única pessoa.
Agravo/Doença (COD: ID_AGRAVO) <i>Campo Chave</i>	
código da classificação internacional de doenças CID-10	Orientação: preenchimento automático para Y09. Definição: Y09 - Agressão por meios não especificados.
Data da Notificação (COD: DT_NOTIFIC) <i>Campo Chave</i>	
Data de preenchimento da ficha de notificação	Orientação: campos destinados ao dia, ao mês e ao ano da notificação.
Unidade Federativa da Notificação (COD: SG_UF_NOT) <i>Campo Obrigatório</i>	
-	Orientação: sigla da unidade federada (UF) onde foi realizada a notificação.
Município de Notificação (COD: ID_MUNICIP) <i>Campo Obrigatório</i>	
	Orientação: nome completo do município e código do IBGE referente a ele.
Regional de Saúde da Notificação (COD: ID_REGIONA)	
Campo com código da tabela regional de saúde da tabela de município do sistema	Orientação: preenchimento automático após preenchimento do município de notificação. Definição: regional de saúde da notificação.
*Semana Epidemiológica de Notificação (COD: SEM_NOT)	
Data de notificação	Orientação: preenchimento automático após preenchimento da data da notificação. Definição: semanas do calendário epidemiológico padronizado.
Data da Ocorrência (COD: DT_OCOR) <i>Campo Obrigatório</i>	
Data da ocorrência	Definição: data da ocorrência da violência.
Unidade de Saúde da Área de Abrangência da Unidade Notificadora (COD: ID_UNIDADE) <i>Campo Obrigatório</i>	
Código e nome da tabela do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde	Orientação: anotar o nome completo da unidade de saúde ou o seu código no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	
Raça/Cor (COD: CS_RACA) <i>Campo Essencial</i>	
1. branca	Definição: pessoa que se declara branca.
2. preta	Definição: pessoa que se declara preta.
3. amarela	Definição: pessoa que se declarar oriental ou de raça/cor amarela.
4. parda	Definição: pessoa que se declarar morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça ou parda.
5. indígena	Definição: pessoa que se declarar indígena ou índia.
9. ignorado	Orientação: quando a pessoa/vítima está inconsciente, ou se a pessoa não souber informar.

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Categorias da Variável ou Variável	Orientação e/ou Definição das Categorias
Escolaridade (COD: CS_ESCOL_N) <i>Campo Essencial</i>	
43. analfabeto	Definição: pessoa sem escolaridade, com idade igual ou superior a 6 anos, que não frequentou a escola ou que possui baixo domínio da escrita e da leitura (por exemplo, saber escrever ou ler apenas o próprio nome).
1. 1ª a 4ª série incompleta	Definição: pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a 4ª série do EF. Equivale a 1 a 3 anos de estudos concluídos.
2. 4ª série completa	Definição: pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a 4ª série do EF. Equivale a quatro anos de estudos concluídos.
3. 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental	Definição: pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a 8ª série do EF. Equivale a 5 a 7 anos de estudos concluídos.
4. ensino fundamental completo	Definição: pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do EF. Equivale a oito anos de estudos concluídos.
5. ensino médio incompleto	Definição: pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a última série do ensino médio. Equivale a 8 a 11 anos de estudos concluídos.
6. ensino médio completo	Definição: pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do ensino médio. Equivale a 12 anos de estudos concluídos.
7. educação superior incompleta	Definição: pessoa que frequentou ou está frequentando a universidade sem ter concluído o 3º grau.
8. educação superior completa	Definição: pessoa que frequentou a universidade até concluir, com aprovação, o 3º grau.
9. ignorado	Orientação: pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente).
10. não se aplica	Orientação: pessoa com idade inferior a 6 anos e pessoa com comprometimento mental. Ex.: paralisia cerebral moderada ou grave.
DADOS DE RESIDÊNCIA	
Unidade Federativa da Residência (COD: SG_UF) <i>Campo Obrigatório</i>	
-	Orientação: sigla da unidade federada (UF) onde foi realizada a notificação.
Município de Notificação (COD: ID_MUNICIP_RESI) <i>Campo Obrigatório</i>	
-	Orientação: preencher com a sigla da unidade federada (UF) de residência da pessoa atendida/vítima. Caso a pessoa atendida/vítima seja pessoa em situação de rua, adotar o endereço da Unidade Socioassistencial do território, conforme preconiza o CadÚnico, ou quando não for possível adotar o endereço do local de maior permanência da pessoa atendida/vítima, e registrar que se trata de pessoa em situação de rua no campo das informações complementares e observações. Orientação: anotar o nome do município de residência da pessoa atendida/vítima, se for residente no Brasil. Informar o código do IBGE referente ao município.
Regional de Saúde da Área de Abrangência da Residência (COD: ID_RG_RESI)	
Campo com código da regional de saúde da tabela de município	Orientação: preenchimento automático após preenchimento do município de notificação. Definição: regional de saúde da área de abrangência da residência.

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Categorias da Variável ou Variável	Orientação e/ou Definição das Categorias
Zona (COD: ZONA) <i>Campo Essencial</i>	
1. urbana	Definição: área com características de cidade propriamente dita, incluindo-se a periferia e as “cidades satélites”, com concentração populacional/habitacional, existência de estruturas administrativas, serviços públicos, comércio, indústria, transporte e lazer.
2. rural	Definição: área com características próprias do campo, com população dispersa, relativamente distante dos centros administrativos, acesso limitado a serviços públicos, agroprodução (ex.: fazenda, “roça”, chácara, sítio, assentamentos do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – Incra, aldeias etc).
3. periurbana	Definição: área relativamente próxima à urbana, com aglomeração populacional geralmente menos concentrada, onde as estruturas urbanas são precárias e os usos assemelham-se aos das estruturas rurais, não se distinguindo, por vezes, o campo e a cidade.
9. ignorado	Definição: a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado).
DADOS DA PESSOA ATENDIDA	
Ocupação (COD: ID_OCUPA_N) <i>Campo Essencial</i>	
atividade exercida pelo paciente ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado	Orientações: anotar a ocupação, função desenvolvida pelo(a) trabalhador(a), de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), não a profissão. Nos casos em que não haja especificação, colocar a ocupação mais aproximada. Em caso de crianças/adolescentes menores de 16 anos, deve-se escrever “não se aplica”, salvo a partir de 14 anos, se estiver na condição de aprendiz. Nos casos de trabalho infantil, preencher o campo 56 com essa informação e registrar informações adicionais no campo INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES, no final da ficha de notificação individual.
Situação Conjugal (COD: SIT_CONJUG) <i>Campo Essencial</i>	
1. solteira	Orientações: preencher o quadrículo com o código correspondente à situação conjugal ou ao estado civil da pessoa atendida/vítima no momento da violência. Nos casos que envolverem crianças menores de 10 anos (crianças de zero a 9 anos), preencher com a opção “8 – Não se aplica”. No momento da digitação dos dados, o sistema fará esse preenchimento automaticamente. Observação: adotou-se a referência de idade para crianças padronizada pela OMS. De acordo com o ECA, a equipe deve se responsabilizar por investigar situações conjugais envolvendo crianças com menos de 12 anos.
2. casada/união consensual	
3. viúva	
4. separada	
8. não se aplica	
9. ignorado	
*Orientação Sexual (COD: ORIENT_SEX) <i>Campo obrigatório se acima ou igual a 10 anos</i>	
Orientação geral: preencher o quadrículo com o código correspondente à orientação sexual declarada pela pessoa atendida. As questões 36 e 37 exigem um cuidado especial quando a vítima é criança ou adolescente, pois nessa fase eles(as) ainda estão em pleno processo de desenvolvimento da orientação sexual e da identidade de gênero. Nesse sentido, não cabe exigir deles(as) uma definição quanto a esses temas. Não é raro o sentimento de inibição ou constrangimento ao se tentar preencher este quesito. Como recurso para superar essa dificuldade, recomenda-se introduzir essa pergunta com um breve esclarecimento sobre a relevância, para as políticas de saúde pública, do conhecimento baseado em pesquisa (e não em preconceitos) sobre as práticas sexuais da população brasileira, e perguntar se a pessoa deseja informar a sua orientação sexual. Sugestão de abordagem: “Reconhecendo que a orientação sexual diz respeito à atração afetivo-sexual que a pessoa sente em relação à outra pessoa; no seu caso, qual a sua orientação sexual?”	

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Categorias da Variável ou Variável	Orientação e/ou Definição das Categorias
*Orientação Sexual (COD: ORIENT_SEX) <i>Campo obrigatório se acima ou igual a 10 anos</i>	
1. heterossexual	Definição: pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.
2. homossexual (gay/lésbica)	Definição: pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.
3. bissexual	Definição: pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.
8. não se aplica	Orientação: para crianças de zero a 9 anos.
9. ignorado	Orientação: quando não houver informação disponível sobre a orientação sexual da pessoa atendida.
*Identidade de Gênero (COD: IDENT_GEN) <i>Campo Obrigatório se pessoa acima ou igual a 10 anos</i>	
1. travesti	Definição: pessoa do sexo masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, mas não apresenta conflito com seu sexo biológico e sua genitália. A travesti busca transformar o corpo em um corpo feminino por meio de hormônios e/ou cirurgias e, pelo menos em princípio, não deseja realizar cirurgia de redesignação de sexo.
2. transexual mulher	Definição: pessoa que nasceu com sexo masculino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. A mulher transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo feminino e, na maior parte das vezes, busca a hormonioterapia e intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo.
3. transexual homem	Definição: pessoa que nasceu com sexo feminino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino. O homem transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo masculino e pode buscar a hormonioterapia e/ou intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo. São exemplos de intervenções cirúrgicas a mastectomia (retirada das mamas) e a histerectomia (retirada do útero).
8. não se aplica	Orientação: quando não houver informação disponível sobre a identidade de gênero.
9. ignorado	-
DADOS DA OCORRÊNCIA	
UF de Ocorrência (COD: SG_UF_OCOR) <i>Campo Obrigatório</i>	
-	Orientação: preencher com a sigla da unidade federada (UF) da ocorrência do evento de acordo com a tabela de códigos e siglas padronizadas pelo IBGE.
Município de Ocorrência (COD: ID_MN_OCOR) <i>Campo Obrigatório</i>	
-	Orientação: anotar o nome do município onde ocorreu o evento. Informar o código do IBGE referente ao município.
Zona de Ocorrência (COD: ZONA_OCOR) <i>Campo Essencial</i>	
1. urbana	Definição: área com características de cidade propriamente dita, incluindo-se a periferia e as "cidades satélites", com concentração populacional/habitacional, existência de estruturas administrativas, serviços públicos, comércio, indústria, transporte e lazer.
2. rural	Definição: área com características próprias do campo, com população dispersa, relativamente distante dos centros administrativos, acesso limitado a serviços públicos, agroprodução (ex.: fazenda, "roça", chácara, sítio, assentamentos do Incra, aldeias etc).
3. periurbana	Definição: área relativamente próxima à urbana, com aglomeração populacional geralmente menos concentrada, onde as estruturas urbanas são precárias e os usos assemelham-se aos das estruturas rurais, não se distinguindo, por vezes, o campo e a cidade.
9. ignorado	Orientação: quando a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado).

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Categorias da Variável ou Variável	Orientação e/ou Definição das Categorias
Hora de Ocorrência (COD: HORA_OCOR) <i>Campo Essencial</i>	
Hora em que a violência ocorreu	Orientação: preencher com a hora aproximada da ocorrência do evento, declarada ou provável, abrangendo o período de 00h00 (zero hora) até 23h59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos).
Local da Ocorrência (COD: LOCAL_OCOR) <i>Campo Obrigatório</i>	
01. residência	Definição: lugar utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima. Inclui a própria residência da pessoa atendida/ vítima ou, quando for o caso, a de amigos, parentes, vizinhos, cônjuge, namorado(a), provável autor(a) da agressão(a) etc. Pode ser apartamento, casa, casa de cômodos, casa de fazenda, dependências residenciais (garagem, jardim, pátio, piscina), pensão familiar, barraco, barracão, trailer).
02. habitação coletiva	Definição: inclui acampamento militar, barracão (acampamento de trabalhadores), instituição de longa permanência para idosos, casa de repouso, casa de estudantes ("república"), caserna, hospital psiquiátrico (quando utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima), instituição de acolhimento (abrigo), penitenciária, hospitais colônias, pensionato, unidade socioeducativa, unidade de acolhimento, albergue.
03. escola	Definição: inclui campus universitário, colégio, creche, escolas públicas e privadas em geral, instituição de ensino médio ou superior, instituição de educação infantil (jardim de infância), e outros espaços de educação.
04. local de prática esportiva	Definição: inclui campo e escolinhas de atletismo, futebol, golfe, equitação, quadras de basquete, voleibol, pista de patinação, estádio, ginásio, piscina pública, clube, academia, praça com área de esporte e exercícios físicos.
05. bar ou similar	Definição: inclui bar, botequim, lanchonete, danceteria, discoteca, casa de shows, entre outros.
06. via publica	Definição: inclui calçadas, ruas, estradas, rodovias, viadutos, pontes, praças, parques, pontos/terminais de ônibus, passarelas, entre outros.
7. comércio/serviços	Definição: inclui aeroporto, armazém, banco, butique, shopping center, edifício de escritórios, estação ferroviária/ rodoviária, estação de rádio ou televisão, garagem comercial, hotel, motel, loja, mercado, posto de serviços para veículos a motor, supermercado, restaurantes, serviços de saúde (hospital).
8.industriaconstrução	Definição: inclui central elétrica, dependências industriais, dique seco, edifício em construção/industrial, estaleiro, jazida, mina, garimpo, plataforma petrolífera e outras instalações marítimas, túnel em construção, usina de gás etc.
09. outro	Orientação: qualquer outro local não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Ex.: açude, lagoa, área de acampamento, área de estacionamento, beira-mar, bosque, campo de treinamento militar, canal, colina, casa abandonada, córrego, curso de água, deserto, sítios, fazendas, pesque-pague, chácaras, matagal, praia, parque de diversões, inclusive os públicos, e outros locais.
99. ignorado	Orientação: quando o local de ocorrência não foi informado pela pessoa atendida/vítima ou seu acompanhante.
Ocorreu Outras Vezes? (COD: OUT_VEZES) <i>Campo Essencial</i>	
1. sim	Orientação: Informar se o mesmo tipo de evento que está sendo notificado ocorreu outras vezes.
2. não	
9. ignorado	

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Orientação e/ou Definição das variáveis
VIOLÊNCIA
Tipo de Violência (grupo de variáveis) Campos Obrigatórios
Violência financeira/econômica (COD: VIOL_FINAN)
Definição: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecido como violência patrimonial.
Violência Física (COD: VIOL_FISIC)
Definição: também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode manifestar-se de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, entre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca. Orientação: Atenção! Nos casos declarados como “bala perdida”.
Violência Intervenção Legal (COD: VIOL_LEGAL)
Definição: trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº 4.898/1965 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática. A CID-10 adota o termo “intervenção legal e operações de guerra” e lhe atribui os códigos de Y35 a Y36.
Violência Negligencia/Abandono (COD: VIOL_NEGLI)
Definição: é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.
Violência Psicológica/Moral (COD: VIOL_PSICO)
Definição: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O bullying é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o cyberbullying.
Violência Sexual (COD: VIOL_SEXU)
Definição: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente, caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Orientação e/ou Definição das variáveis	
VIOLÊNCIA	
Tipo de Violência (grupo de variáveis) Campos Obrigatórios	
Violência Tortura (COD: VIOL_TORT)	
Definição: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de: (i) obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; (ii) provocar ação ou omissão de natureza criminoso; (iii) em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei nº 9.455/1997). Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.	
Violência Tráfico de Seres Humanos (VIOL_TRAF)	
Definição: inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou de outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição ou o trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.	
Outro Tipo de Violência (COD: VIOL_OUTR)	
Qualquer outro tipo de violência não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Nos casos de tentativa de suicídio e autoagressão, especificá-los nesse campo.	
Violência Motivada (COD: VIOL_MOTIV)	
Orientação: Essa violência foi motivada por: preencher os quadrículos com o código correspondente à motivação da violência segundo a relação a seguir. Caso tenha mais de uma motivação, registrar a motivação que mais contribuiu para a ocorrência da violência. 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	
01. sexismo	Definição: é uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculinos sobre as mulheres. Reflete-se em um conjunto de condutas construídas, aprendidas e reforçadas culturalmente – cujo exercício está na tentativa e no controle da moral e da conduta femininas. Reflete-se na violência contra as mulheres em suas diversas formas. Pode aparecer por meio de xingamentos, atos, chantagens, exposição pública etc.
02.homofobia/lesbofobia bifobia/transfobia	Definição: é a violência motivada e praticada em razão da orientação sexual ou da identidade de gênero presumida da vítima, podendo esta ser membro da população LGBT ou não. A homofobia pode ser definida como a aversão irracional aos homossexuais e a todos que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. A violência contra gays é denominada homofobia; enquanto a discriminação, aversão e ódio contra as mulheres que têm orientação sexual diferente da heterossexual e que se relacionam homoafetivamente com outras mulheres é conhecida como lesbofobia. É importante ressaltar que a lesbofobia é uma violência resultante de dupla discriminação porque associa também a violência contra as mulheres, além da discriminação contra a homossexualidade. Bifobia é a discriminação, aversão ou ódio às pessoas bissexuais. Transfobia é a discriminação, aversão, ódio contra pessoas transexuais ou travestis. Entre as variadas formas de manifestação dessas violências estão também a violência psicológica (insulto, constrangimento, ameaça) e os obstáculos ao acesso aos serviços, ao trabalho, e outras.

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Categorias da Variável ou Variável	Orientação e/ou Definição das Categorias
Violência Motivada (COD: VIOL_MOTIV)	
03. racismo	Definição: a crença de que é justa a divisão da sociedade em grupos definidos pela cor da pele, traços físicos e aspectos culturais, de forma a hierarquizá-la. O racismo é utilizado como justificativa para a discriminação contra determinados grupos. A discriminação racial ou étnico-racial é toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em igualdade de condições, de direitos e liberdades fundamentais, em quaisquer campos da vida pública ou privada, conforme Lei no 12.288/2010. No Brasil, o racismo e a discriminação racial são dirigidos principalmente contra as populações negra, indígena e quilombola.
04. intolerância religiosa	Definição: é um conjunto de ideologias e atitudes ofensivas a crenças e práticas religiosas ou a quem não segue uma religião. É um crime de ódio que fere a liberdade e a dignidade humana.
05. xenofobia	Considerada como crime de ódio, a xenofobia mostra-se por meio da humilhação, do constrangimento, das agressões física e moral àquele(a) que não é natural do lugar do(a) agressor(a). Teoricamente, xenofobia é a aversão apenas a estrangeiros(as); contudo, não está estabelecido um termo técnico que designe a agressão e o desrespeito a pessoas de diferentes regiões do mesmo país e que também são considerados crimes de ódio. Portanto, a ocorrência de violência motivada por aversão a pessoas do próprio país – provindas de diferentes regiões geográficas ou localidades – deve ser registrada nesta categoria.
06. conflito geracional	Definição: é um conflito que descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas.
07. situação de rua	Definição: considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7.053/2009).
08. deficiência	Definição: quando a violência é motivada por preconceito, desrespeito ou por qualquer tipo de discriminação à condição das pessoas com deficiência.
09. outros	Orientação: qualquer outro tipo de motivação à violência que não as contempladas nas categorias anteriores. Especificar a motivação.
88. não se aplica	Orientação: permanece na ficha de notificação individual para efeitos do sistema, mas deve-se evitar a utilização deste campo.

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Orientação e/ou Definição das variáveis
VIOLÊNCIA
Meio de Agressão (grupo de variáveis) <i>Campos Essenciais</i>
Meio de Agressão por Ameaça (COD: AG_AMEACA)
Definição: inclui gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas, internet etc.
Meio de Agressão por Objeto Perfuro Cortante (COD: AG_CORTE)
Definição: inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros.
Meio de Agressão por Enforcamento (COD: AG_ENFOR)
Definição: inclui estrangulamento, esganadura, “gravata” e outros.
Meio de Agressão por Envenenamento /Intoxicação (COD: AG_ENVEN)
Definição: inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos etc.
Meio de Agressão por Arma de Fogo (COD: AG_FOGO)
Definição: inclui revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros.
Meio de Agressão por Força Corporal/Espancamento (COD: AG_FORCA)
Definição: inclui murro, tapa, soco, empurrão e outros.
Meio de Agressão por Objeto Contundente (COD: AG_OBJETO)
Definição: inclui pau, cassetete, barra de ferro e outros
Meio de Agressão por Substancia/objeto Quente (COD: AG_QUENTE)
Definição: inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor-d’água, substância química e outras.
Meio de Agressão por Outro (COD: AG_OUTROS)
Orientação: qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Ex.: asfixia por ficar preso em ambiente fechado, exposição a ruídos de altíssima intensidade, indução, omissão (em caso de negligência), entre outros. Especificar ainda outros meios utilizados nos casos de tentativa de suicídio ou autoagressão: precipitação de lugar elevado, autoimolação, jogar-se na frente de veículos, entre outros.
VIOLÊNCIA SEXUAL
Se ocorreu violência Sexual, qual tipo? (grupo de variáveis) <i>Campo Essencial</i>
Se ocorreu Violência Sexual, teve Assédio Sexual? (COD: SEX_ASSEDI)
Definição: é a insistência inoportuna, independentemente do sexo ou da orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual
Se ocorreu Violência Sexual, teve Estupro? (COD: SEX_ESTUPR)
Definição: “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009b, art. 213). Dentro desse conceito, está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independentemente da orientação sexual ou do sexo da pessoa/vítima
Se ocorreu Violência Sexual, teve Exploração Sexual? (COD: SEX_EXPLO)
Definição: caracteriza-se pela utilização de pessoas, independentemente da idade, do sexo ou da identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (striptease, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em (revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet). No caso de pessoas adultas, considera-se exploração sexual quando, nessas situações, não há o consentimento da vítima ou este é obtido com base na força, no engano, na intimidação ou em qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários (agenciamento direto, indução, facilitação).
Se ocorreu Violência Sexual, qual tipo que não esses? (COD: SEX_OUTRO)
Orientação: Outros: qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas.

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Categorias da Variável ou Variável	Orientação e/ou Definição das Categorias
VIOLÊNCIA SEXUAL	
Procedimento Realizado (grupo de variáveis) <i>Campos Essenciais</i>	
Orientação geral: para o grupo de variáveis "se ocorreu violência sexual, qual tipo?" cada variável tem o preenchimento de 1. sim; 2. não; 9. ignorado.	
Aborto Previsto em Lei (COD: PROC_ABORT)	Orientação: preencher o(s) quadrículo(s) do(s) procedimento(s) realizado(s) no atendimento da pessoa atendida/ vítima de violência de acordo com os seguintes códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 8 – Não se aplica; 9 – Ignorado. Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino, preencher os quadrículos referentes à "Coleta de secreção vaginal", "Contracepção de emergência" e "Aborto previsto em lei" com a opção "8 – Não se aplica". Atenção! Pode haver mais de um procedimento realizado para a mesma pessoa atendida/vítima. Nesse caso, preencher os quadrículos correspondentes. Orientação: preencher o(s) quadrículo(s) do(s) procedimento(s) realizado(s) no atendimento da pessoa atendida/ vítima de violência de acordo com os seguintes códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 8 – Não se aplica; 9 – Ignorado. Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino, preencher os quadrículos referentes à "Coleta de secreção vaginal", "Contracepção de emergência" e "Aborto previsto em lei" com a opção "8 – Não se aplica". Atenção! Pode haver mais de um procedimento realizado para a mesma pessoa atendida/vítima. Nesse caso, preencher os quadrículos correspondentes.
Contracepção de Emergência (COD: PROC_CONTR)	
Profilaxia DST (COD: PROC_DST)	
Profilaxia Hepatite B (COD: PROC_HEPB)	
Profilaxia HIV (COD: PROC_HIV)	
Coleta de Sangue (COD: PROC_SANG)	
Coleta de sêmen (COD: PROC_SEMEN)	
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA	
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida (grupo de variáveis) <i>Campos Obrigatórios</i>	
Autor Amigo ou Conhecido (COD: REL_CONHEC)	
Autor Cônjuge (COD: REL_CONJ)	
Autor Namorado (COD: REL_NAMO)	
Autor Cuidador (COD: REL_CUIDA)	
Definição: trata-se da pessoa sem vínculo familiar, que exerça a função de auxiliar outrem em suas necessidades e atividades da vida diária. Essa função pode ou não ser remunerada, como também pode ou não ter vínculo institucional. Ex.: babá, secretária, empregada doméstica, cuidador(a) de Instituição de Longa Permanência para Idosos (Iupi), outros.	
Autor Desconhecido (COD: REL_DESCO)	
Autor Ex-cônjuge (COD: REL_EXCON)	
Autor Ex-namorado (COD: REL_EXNAM)	
Autor com Relação Institucional (COD: REL_INST)	
Definição: pessoa que pratica violência no exercício de função ou atividade institucional. Ex.: profissional de saúde, professor(a), padre, pastor(a), outros.	
Autor Patrão ou Chefe (COD: REL_PATRAO)	
Autor Irmão (COD: REL_IRMAO)	
Autor Filho (COD: REL_FILHO)	
Autor Outro (COD: REL_OUTROS)	
Definição: qualquer outro(a) provável autor(a) de agressão não contemplado(a) nas categorias anteriormente citadas. É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.	
Autor Padrasto (COD: REL_PAD)	
Autor Pai (COD: REL_PAI)	
Autor Policial ou Agente da Lei (COD: REL_POL)	
Definição: Ex.: policiais, guardas, carcereiros, agente da justiça, outros.	

Quadro 1F - Variáveis definidas para estudo, com seus códigos, campos, categorias, significados e/ou definições para os dados gerais. Continuação.

Categorias da Variável ou Variável	Orientação e/ou Definição das Categorias
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA	
Suspeita de uso de álcool (COD: AUTOR_ALCO) <i>Campo Essencial</i>	
1. um	Orientação: preencher o quadrículo de suspeita de uso de álcool pelo(a) provável autor(a) da violência no momento da ocorrência com os códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 9 – Ignorado. A pergunta deverá ser direcionada à pessoa atendida/vítima ou ao acompanhante.
2. dois ou mais	
9. ignorado	
*Ciclo de vida do provável autor da violência (COD: CICL_VID) <i>Campo Obrigatório</i>	
1. criança	Definição: zero a 9 anos.
2. adolescente	Definição: 10 a 19 anos.
3. jovem	Definição: 20 a 24 anos.
4. pessoa adulta	Definição: 25 a 59 anos.
5. pessoa idosa	Definição: a partir de 60 anos.
9. ignorado	-
Número de Envolvidos na Violência (COD: NUM_ENVOLV) <i>Campo Essencial</i>	
1. sim	Orientação: preencher o quadrículo com o código correspondente ao número de pessoas envolvidas como prováveis autores(as) da violência: 1 – Um; 2 – Dois ou mais; 9 – Ignorado.
2. não	
9. ignorado	
*Encaminhamento (grupo de variáveis) <i>Campos Obrigatórios</i>	
Rede de Assistência Social (COD: ASSIST_SOC)	
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, Unidades de Acolhimento (abrigos, albergues, casas-lares, casas de passagem, residências inclusivas, repúblicas), entre outros. O Cras é um serviço localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica às famílias e aos indivíduos. O Creas é um serviço no qual são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados e pessoas em situação de violência.	
Rede de Atendimento À Mulher (COD: ATEND_MULH)	
Centro Especializado de Atendimento da Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outros.	
Defensoria Pública (COD: DEFEN_PUBL)	
Outras Delegacias (COD: DELEG)	
Delegacia da Mulher (COD: DELEG_MULH)	
Centro de Ref. dos Dir. Humanos (COD: DIR_HUMAN)	
MPU (COD: MPU)	
Rede de Educação (COD: REDE_EDUCA)	
Rede de Saúde (COD: REDE_SAU)	
Unidade Básica de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Centro de Apoio Psicossocial, ambulatórios especializados, centros de referência, Unidade de Pronto Atendimento, hospital, entre outros.	
Violência Relacionada ao Trabalho (COD: REL_TRAB) <i>Campo Essencial</i>	
1. sim	Orientação: preencher o quadrículo com os códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 9 – Ignorado. Atenção! Considera-se violência relacionada ao trabalho (assédio moral e outras violências) aquela que ocorre tanto no local de trabalho como no trajeto para ele (ida e volta).
2. não	
9. ignorado	
Se Sim, foi emitida a CAT? (COD: REL_CAT) <i>Campo Essencial</i>	
1. sim	Orientação: caso seja sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)? Caso o item 66 seja preenchido com "1- Sim", preencher o quadrículo da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) Atenção! A CAT também deve ser preenchida no caso de violência relacionada ao trabalho e NO CASO DE TRABALHADORES(AS) REGIDOS(AS) PELA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO (CLT). O PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO.
2. não	
8. não se aplica	
9. ignorado	

ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS INTERPESSOAL DO SINAN



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

Nº

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres, 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. **Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares, 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		3 – Data da Notificação	
	2 – Agravado/Doença		Código – (CID10)		3 – Data da Notificação	
	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09			
	4 – UF	5 – Município de notificação			Código (IBGE)	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6- Unidade Notificadora <input type="checkbox"/>		1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar		7- Outros	
	7- Nome da Unidade Notificadora		Código da Unidade		9- Data da ocorrência da violência	
	8- Unidade de Saúde		Código (CNES)			
	10- Nome do paciente				11- Data de Nascimento	
DADOS DE RESIDÊNCIA	12-(ou) Idade <input type="checkbox"/>		13- Sexo <input type="checkbox"/>		14- Gestante <input type="checkbox"/>	
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		M- Masculino F- Feminino		1-1º Trimestre 2- 2ºTrimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	15- Raça/Cor <input type="checkbox"/>		16- Escolaridade		17-Número do Cartão SUS	
	0-Analfabeto 1- 1º ao 5º ano incompleto do EF (antigo 1ª a 4ª série) 2- 5º ano completo do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 6º ao 9º ano incompleto do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino Médio Incompleto (2º grau) 6- Ensino Médio Completo (2º grau) 7-Educação Superior Incompleta 8- Educação Superior Completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		18- Nome da Mãe			
DADOS DE RESIDÊNCIA	19-UF		20- Município de Residência		Código (IBGE)	
	21-Distrito/RA		22- Bairro		23- Logradouro (rua, avenida, quadra...)	
	Código		24- Número		25-Complemento (apto, casa,...)	
	26-Geo Campo1		27- Geo Campo 2		28- Ponto de Referência	
DADOS DA OCORRÊNCIA	29- CEP		30-(DDD) Telefone		31-Zona <input type="checkbox"/>	
	32- País (se reside fora do Brasil)		1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9- Ignorado			
	33- Nome Social		34-Ocupação			
	35- Situação Conjugal/Estado Civil		1 – Solteiro 2 - Casado/união consensual 3- Viúvo 4 – Separado 8- Não se aplica 9 – Ignorado <input type="checkbox"/>			
DADOS DA PESSOA ATENDIDA	36- Orientação Sexual		37- Identidade de gênero			
	1-Heterossexual 2- Homossexual(gay/lésbica) 3-Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		1-Travesti 2- Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9- Ignorado			
	38-Possui algum tipo de Deficiência/ transtorno?		39- Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Visual <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de Comportamento			
DADOS DA OCORRÊNCIA	40-UF		41- Município de Ocorrência		Código (IBGE)	
	42-Distrito/RA		43- Bairro		44- Logradouro (rua, avenida, quadra...)	
	Código		45- Número		46-Complemento (apto, casa,...)	
	47- Geo Campo 3		48- Geo Campo 4		49-Ponto de Referência	
DADOS DA OCORRÊNCIA	50 –Zona de Ocorrência <input type="checkbox"/>		51-Hora de Ocorrência (00:00-23:59 horas)			
	1-Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado					
	52- Local de Ocorrência		07-Comércio/serviços		53-Ocorreu outras vezes?	
	01-Residência 02-Habitação Coletiva 03-Escola 04-Local de Prática Esportiva 05-Bar ou similar 06-Via Pública 08-Insústrias/Construção 09-Outro 99-Ignorado		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	
54-A lesão foi autoprovocada?		1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>				

Dados Complementares

Mod.110.195 c.c. 11.000 Formato:210x297 07/2015 N. Prod.Gráfica/SES

VIOLÊNCIA	55-Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância Religiosa 88-Não se aplica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 05-Xenofobia 06-Conflito Geracional 07-Situação de Rua 08-Deficiência 09-Outros 99-Ignorado		
	56-Tipo de Violência <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:Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/abandono <input type="checkbox"/> Outros: Aut mutilações <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil <input type="checkbox"/> Outros_____	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	57-Meio da Agressão <input type="checkbox"/> Força Corporal/Espancamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação <input type="checkbox"/> Obj. Contundente <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Obj. Pérfuro-Cortante <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Outros_____
VIOLÊNCIA SEXUAL	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_____		
VIOLÊNCIA SEXUAL	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		
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA	60-Número de envolvidos <input type="checkbox"/>	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"/> Padastro <input type="checkbox"/> Ex-namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros_____ <input type="checkbox"/> Madastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoal com relação institucional	62-Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1-Masculino 2-Feminino 3- Ambos os Sexos 9-Ignorado
	1- Um 2-Dois ou mais 9-Ignorado		63-Suspeita de Uso de álcool <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTOS	64- Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2- Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9- Ignorado		
	65- Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de 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		
EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTOS	66- Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	67- Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	68- Circunstância da lesão CID 10 - _____
	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