
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

CRISTINA APPARECIDA DOS SANTOS CROVATO

**A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA E SEUS DESAFIOS NO PRO-
CESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSI-
CAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA/MG**

UBERLÂNDIA

2017

CRISTINA APPARECIDA DOS SANTOS CROVATO

A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA E SEUS DESAFIOS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA/MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia (PPGAT) da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosuita Fratari Bonito

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- C952n
2017
- Crovato, Cristina Aparecida dos Santos, 1963-
A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia/MG / Cristina Aparecida dos Santos Crovato. - 2017.
97 f. : il.
- Orientadora: Rosuita Fratari Bonito.
Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador .
Inclui bibliografia.
1. Geografia - Teses. 2. Geografia médica - Uberlândia (MG) - Teses. 3. Família - Saúde e higiene - Uberlândia (MG) - Teses. 4. Serviços de saúde - Uberlândia (MG) - Teses. I. Bonito, Rosuita Fratari, 1957-. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.
-

CDU:910.1

TERMO DE APROVAÇÃO

CRISTINA APPARECIDA DOS SANTOS CROVATO

A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA E SEUS DESAFIOS NO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA/MG

Dissertação APROVADA como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, pela seguinte banca examinadora:



Prof.ª Dr.ª Rosuita Fratari Bonito (Orientadora)
Departamento de Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina -Universidade Federal de Uberlândia



Prof.ª Dr.ª Rosimár Alves Quirino
Departamento de Saúde Coletiva – Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof.ª Dr.ª Flávia do Bonsucesso Teixeira (Suplente)
Departamento de Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia, 23 de março de 2017

**A todos e todas que dedicam seu tempo, trabalho e estudo, na luta ao combate a violência, em prol à proteção dos vulneráveis e de toda coletividade,
“Quixotes do mundo contemporâneo”**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida e por ter abençoado cada um dos meus passos permitindo que eu completasse essa jornada.

À Prof.^a Rosuita, minha orientadora, pela confiança, por abrir caminhos e apontar direções.

À Flávia, minha amiga, parceira, pelo apoio nas horas fáceis e difíceis... Sempre. “Amigo é coisa para se guardar debaixo de sete chaves, dentro do coração...”

A meus amigos Gustavo e Danilo, pelo apoio e por sempre me incentivarem a alcançar novos objetivos, “Sempre juntos”

A meus pais Deosdete e Aparecida, pessoas simples que acreditaram que era possível termos uma vida melhor. Amor eterno. Obrigada por tudo!!!!

A meu sogro João, que não mais se encontra entre nós, e minha sogra Albertina, por me apoiarem, sempre.

A meu esposo, Dilmar companheiro, amigo, parceiro, que me acompanhou nesta trajetória com muita paciência, carinho, respeito e amor. “Somos apenas um”.

A meus filhos, Dilmar Philippe, Gabriel Victor e Thiago Alexandre, por apoiarem neste e em novos desafios. Razões da minha existência. Amor incondicional!!!!

Ao PPGAT pela oportunidade e a qualidade com que o curso foi administrado.

Aos profissionais enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, na cidade de Uberlândia, que aceitaram participar dessa pesquisa, meu respeito.

A todos e todas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

O mundo é um lugar perigoso de se viver.

Não por causa dos que nele fazem mal,
Mas por causa daqueles que apenas olham

E permitem que ele seja feito.

Albert Einstein

RESUMO

Este trabalho teve como preocupação central compreender como diferentes elementos poderiam estar relacionados aos desafios da efetivação da Notificação Compulsória da Violência (NCV) na Estratégia da Saúde da Família no município de Uberlândia/MG. Iniciamos por realizar a revisão sistemática de literatura na qual buscou-se compreender quais discursos sobre a notificação compulsória da violência circularam nos periódicos brasileiros da área de saúde entre os anos de 2006-2015. Desse fato decorreu a decisão de apresentar o trabalho no modelo trabalho equivalente, sendo que a Revisão Sistemática constituiu o primeiro artigo intitulado: Samba de uma nota só: revisão sistemática da literatura sobre notificação compulsória da violência na área da saúde. Na produção analisada, a evidência da subnotificação e o despreparo/desinteresse dos profissionais dos serviços para a notificação pareciam formar alguns consensos para aqueles que trabalham/pesquisam nos serviços de saúde. A questão da formação e educação permanente para lidar com a temática na ESF tornou-se então o problema a ser investigado no desdobramento da pesquisa. O universo da pesquisa foi composto pelos profissionais enfermeiros e médicos das 72 Equipes de Saúde da Família cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e efetivamente implantadas até dezembro de 2015. Como instrumento de coleta utilizou-se um questionário semiestruturado, autoaplicado. A decisão de elaborar um segundo artigo priorizando as respostas dos profissionais da enfermagem que atuam nas equipes foi justificada pelo reconhecimento de que pesquisadores oriundos da graduação em enfermagem seriam os principais autores dos artigos identificados na revisão, o que apontaria para a pertinência do tema na área, e também, o reconhecimento da posição do enfermeiro como coordenador do cuidado na APS neste município. Dessa escolha derivou o segundo artigo intitulado: Notificação Compulsória da Violência na estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas de profissionais de Enfermagem em Uberlândia. O despreparo/desconhecimento reiterado nos resultados não seria uma simples retórica, mas produto de um processo mais amplo da ausência da temática na formação/capacitação dos profissionais. Urge a criação de estratégias que permitam a inclusão da violência como agravo importante para a saúde pública e, em especial a notificação compulsória da violência, como temáticas prioritárias nos cursos de graduação em enfermagem como mecanismos para enfrentamento do fenômeno.

Palavras-chave: Notificação compulsória, violência, serviços de saúde, Atenção Primária em Saúde.

ABSTRAT

The main concern of this study was to understand how different elements could be related to the challenges of the implementation of the Compulsory Notification of Violence (NCV) in the Strategy of Family Health in the city of Uberlândia / MG. We began by performing the systematic review of literature in which we sought to understand which discourses on compulsory notification of violence circulated in Brazilian health journals between the years 2006-2015. From this fact, the decision to present the work in the equivalent work model was made, and the Systematic Review constituted the first article entitled: One note samba: systematic review of the literature on compulsory notification of violence in the health area. In the analyzed production, the evidence of underreporting and the unpreparedness/lack of interest of service professionals for the notification seemed to form some consensus for those who work/research in the health services. The question of the preparation to deal with the subject in the FHT then became our problem to be investigated in the unfolding of the research. The research universe was composed of nurses and physicians from the 72 Family Health Teams enrolled in the National Registry of Health Establishments (CNES) and effectively implemented until December 2015. A semi-structured, self-administered questionnaire was used as a collection tool. The decision to elaborate a second article prioritizing the responses of the nursing professionals who work in the teams was justified by the recognition that researchers from nursing undergraduates would be the main authors of the articles identified in the review, which would point to the pertinence of the theme in the area and the recognition of the position of the nurse as caregiver in this municipality. From this choice came the second article entitled: Compulsory Notification of Violence in the Family Health Strategy: knowledge and practices of nursing professionals in Uberlândia. The repeated unpreparedness/lack of knowledge in the results would not be a mere rhetoric, but a product of a broader process of the absence of the theme in the training/qualification of professionals. Combining the elements discussed in the research, we believe that it is urgent to create strategies that allow the inclusion as a priority theme in nursing undergraduate courses, the issue of violence as a health problem and its coping mechanisms.

Keyword: Disease notification, Health services, violence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição da população de Uberlândia por sexo e faixa etária no ano de 2010, Uberlândia/MG, 2017	24
Figura 2 - Distribuição da população, do município de Uberlândia, segundo setores sanitários 2010, Uberlândia /MG, 2017	25
Figura 3 - Representação esquemática do processo de análise de artigos para revisão sistemática descritiva	31
Figura 4 – Distribuição dos enfermeiros que atenderam vítimas de violência em relação à capacitação após admissão na ESF e durante graduação/formação posterior, Uberlândia/MG, 2017	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos artigos identificados nas bases de dados segundo descritores, a partir dos filtros selecionados, Uberlândia / MG, 2017.....	30
Tabela 2 - Distribuição dos artigos identificados nas bases de dados segundo ano de publicação e base de dados, Uberlândia / MG, 2017.....	33
Tabela 3 - Distribuição dos artigos identificados nas bases de dados segundo área de graduação e área de maior titulação do 1º autor, Uberlândia / MG, 2017.....	33
Tabela 4 - Distribuição dos artigos identificados nas bases de dados segundo área de avaliação Fator de Impacto CAPES, Uberlândia / MG, 2017	34
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que atuam na ESF Uberlândia, Uberlândia /MG, 2017.....	53
Tabela 6 – Distribuição do número e proporção de enfermeiros, segundo ano de conclusão de curso de graduação, experiência formativa e prática em notificação de violência, Uberlândia/MG, 2017.....	55
Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros/ano de admissão na ESF em relação a estar preparado para lidar com vítimas de violência e se recebeu treinamento/capacitação após ingresso no serviço, Uberlândia/MG, 2017	57
Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao atendimento de casos de violência na Unidade de Saúde, Uberlândia/MG, 2017.....	58

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO.....	16
1. A Notificação Compulsória da Violência: transitando entre as normas.....	16
1.1. Marcos Legais:.....	16
1.2. Ficha de Notificação Compulsória e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).....	20
2. Metodologia: um trabalho em dois artigos.....	22
CAPÍTULO 1.....	27
Resumo:.....	27
1. Introdução.....	27
2. Metodologia.....	29
3. Resultados e Discussão.....	32
3.1. A produção acadêmica.....	32
3.2. Muitos Despreparos.....	37
4. Conclusão.....	39
CAPÍTULO 2.....	49
Resumo:.....	49
1. Introdução.....	49
2. Metodologia.....	51
3. Resultados.....	52
3.1. Notificação Compulsória da Violência.....	52
3.2. Perfil sociodemográfico e processos formativos.....	53
3.3. Formação, Notificação Compulsória e Atenção às vítimas de Violência.....	60
4. Conclusão.....	61
Referências.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66

REFERÊNCIAS	67
ANEXO I.....	77
ANEXO II	78
ANEXO III.....	79
ANEXO IV	83
ANEXO V	84
ANEXO VI.....	90
APÊNDICE I	91
APÊNDICE II.....	92

APRESENTAÇÃO

O interesse de pesquisar este tema surgiu de uma inquietação acerca da notificação compulsória da violência quando estive lotada, em 2011, no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. A partir da leitura dos prontuários para preenchimento das notificações, realizadas a posteriori, exceto nos casos de violência sexual com demanda de dispensação de medicamentos, as temáticas das violências e seu cuidado em saúde atravessaram meu cotidiano de maneira definitiva. No período de agosto de 2012 a março de 2015, estive lotada no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina e transitei por outras pesquisas que, ampliando o escopo de questões sobre a violência e os serviços de saúde, colaboraram para dar forma ao problema que me conduziu ao Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A escolha por realizar um trabalho equivalente, decisão amparada pela Resolução nº 03/2016 do Colegiado da Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, impacta na forma de apresentação do texto aqui proposto. A introdução destina-se a uma discussão mais abrangente sobre o tema - a Notificação Compulsória da Violência - que articula os dois artigos aqui apresentados.

Nela, apresentamos a descrição dos marcos legais da notificação compulsória da violência no Brasil, colocada como eixo central de articulação no atendimento dos problemas de saúde da população - dentre eles, a violência. Consideramos também pertinente apresentarmos o território da realização de nossa pesquisa de campo, pois, embora não seja discutido no segundo artigo, ele está vinculado ao nosso lugar de intervenção/preocupação de mudança.

Os capítulos seguintes são compostos pelos artigos que sistematizam parte dos resultados alcançados. O Capítulo 1 resulta da Revisão Sistemática da Literatura sobre a Notificação Compulsória da Violência, problematizando como o tema tem sido abordado na área da saúde. O Capítulo 2 discute a relação entre a notificação dos casos de violência e o preparo dos enfermeiros de equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em Uberlândia, Minas Gerais. A Revisão da Literatura, apontando para a participação da enfermagem como área de conhecimento que mais impacta a discussão sobre notificação da violência, e a formação desta pesquisadora foram decisivas no recorte escolhido para a análise aqui apresentada.

Este estudo finaliza explicitando a necessidade de as políticas públicas produzirem efeitos também nos cursos de graduação, que a discussão da violência e, por consequência, a notificação compulsória da violência atravessem os portões da academia e para que se possa

superar o discurso do despreparo e traçar ações/estratégias que resultem em mudanças na notificação e, de modo mais amplo, atendimento às vítimas de violência.

INTRODUÇÃO

1. A Notificação Compulsória da Violência: transitando entre as normas

1.1. Marcos Legais:

A Lei nº 10.778/2003 foi um marco por estabelecer a notificação compulsória para casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2003), ou seja, a notificação é obrigatória para todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, odontólogos, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos e outros) e todos os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde (Hospitais, Unidades de Saúde, Clínicas, Instituto Médico Legal e outros). O referido documento conceitua a violência contra a mulher como:

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (BRASIL, 2003).

No Artigo 5º, a Lei ainda evidencia que a não realização da notificação da violência contra a mulher por parte de pessoa física e/ou das instituições constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis. Aprofundando na interpretação do referido artigo, além da sanção penal, o profissional de saúde também estará sujeito às penas relativas ao seu Código de Exercício Profissional.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis (BRASIL, 2003).

Quanto à sanção penal, é encontrada no Artigo 66, Inciso II, do Decreto Lei 3688/1941, Lei de Contravenções Penais (BRASIL, 1941):

Art. 66. Deixar de comunicar à autoridade competente:
II – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal (Lei de Contravenções Penais, 1941).

Publicada posteriormente à edição da Lei nº 10.778/2003, a Portaria nº 2.325/2003 (BRASIL, 2003b), estabeleceu as doenças de notificação compulsória em todo o território nacional e normatizou os procedimentos para tais notificações. No entanto, a violência contra a mulher não integrou a Lista Nacional de Notificação Compulsória.

Essa Portaria, reconhecendo a diversidade socioeconômica do país e, conseqüentemente as diferenças do perfil epidemiológico das diferentes regiões, possibilitou que os gestores municipais e estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) incluíssem outras doenças e/ou agravos no elenco de doenças de notificação compulsória em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico local.

A notificação das violências também foi estabelecida como obrigatória por vários outros atos normativos e legais. Entre eles, o Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, constituído pela Lei nº 8.069/1990 (BRASIL, 1990), a Lei nº 10.741/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), e a Lei nº 12.461/ 2011, que altera a Lei nº 10.741/2003, que estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa atendida em serviço de saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 5.099/2004 regulamentou, para todo o território nacional, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atribuindo ao Ministério da Saúde a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela (BRASIL, 2004).

Em novembro de 2004, a Portaria nº 2406 instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra mulher e aprovou o instrumento e o fluxo para notificação (BRASIL, 2004). Ela foi baseada em estudos nacionais e internacionais que demonstraram a alta prevalência da violência contra mulher ainda que o elevado número de casos não seja percebido pela população.

Essa Portaria objetivava que a notificação no Sistema Único de Saúde promovesse o dimensionamento da magnitude do problema, a caracterização da circunstância da violência e o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todas as esferas para o enfrentamento desse problema. Ela regulamentou, ainda, a Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, de uso em todo o território nacional, e estabeleceu o fluxo da notificação.

A resposta a esse Decreto resultou, em 2006, na implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído por dois componentes: Viva contínua - Vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais (Viva/SINAN) e o Viva inquérito - Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinelas de urgência e emergência, ambos com sistema de informação próprio, tendo como respaldo a Portaria nº 1356/2006, que instituiu o incentivo financeiro, criado com o objetivo de identificar casos não ligados à internação ou morte de pacientes vítimas de violência.(BRASIL, 2006). Esse pode

ser considerado o marco que permitiu aos serviços de saúde a notificação de situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos (notificação incluída mesmo antes da obrigatoriedade prevista no Estatuto do Idoso).

Até o ano de 2008, a captação das notificações para a vigilância contínua ocorreu por meio de um questionário padronizado, elaborado pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. O software utilizado para entrada dos dados era o Epi Info Windows (Viva Epi Info). A partir de 2009, a vigilância contínua passou a notificar os casos de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A subnotificação e a baixa adesão dos serviços de saúde resultaram na edição da Portaria nº 104/2011, que reitera a Lei nº 10778/2003, reafirmando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância da saúde em âmbito do SUS¹, e determina que o agravo deve ser notificado de acordo com a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória². Esses eventos devem ser registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN³, obedecendo a normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

No âmbito do cumprimento das normas de proteção às mulheres, o MS instituiu o acesso à profilaxia para os casos de violência sexual, através da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, desde 1998 (BRASIL, 1998). Ela reafirma o caráter compulsório da notificação para todos os profissionais de saúde e proíbe os gestores estaduais e municipais do SUS de excluírem doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos daquela Portaria.

A Portaria nº 104/2011 (BRASIL, 2011b), foi criada com o propósito de ampliar as doenças e agravos de notificação compulsória. A Lei nº 10.778/2003 consta como argumento de sustentação para a Portaria, que é referida no 3º §. No seu Anexo I, relaciona a Lista de

¹Essa Portaria define o conceito de “Agravos” como qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos, provocado por circunstâncias nocivas como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou hetero infligidas.

²Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória - Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional.

³SINAM - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela, no estado de Minas Gerais, ou difilobotriase, no município de São Paulo.

Notificação Compulsória, sendo que a “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” pode ser encontrada no Item 45.

Em 06 de junho 2014, foi publicada a Portaria nº 1271, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo território nacional, revogando a Portaria citada anteriormente. Nessa Portaria a notificação da violência é contemplada, atendendo aos dispositivos presentes no Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, no Estatuto do Idoso e na Lei que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher (BRASIL, 2014).

No Artigo 3º dessa Portaria, a notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o Art. 8º da Lei nº 6.259/1975 (BRASIL, 1975). Na mesma Portaria, fica definido, no Art. 4º, que a notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente em até vinte e quatro horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível; e, no Art. 5º, está definido que a notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória. No Art. 6º da mesma Portaria, a notificação compulsória, independente da forma realizada, deverá ser registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS.)

No seu anexo, relaciona a Lista de Notificação Compulsória, sendo que a “violência doméstica e/ou outras violências” pode ser encontrada no item 46a de notificação semanal, e a “violência sexual e tentativa de suicídio”, no item 46b, passando a ser de notificação imediata no âmbito municipal.

Ressalta-se que se encontra em vigor a Portaria nº 204/2016, sendo que alterações ocorrem nos campos 14 e 45 do Anexo I (lista de doenças e agravos de notificação compulsória) sem relação no que tange à violência (BRASIL, 2016).

A existência de normas, embora seja condição necessária, não se mostrou suficiente para a implementação efetiva da notificação. Estudos demonstram que, embora a notificação tenha como objetivo ajudar a entender as questões de violência na família e permitir o conhecimento da dimensão epidemiológica, contribuindo para a criação de programas e ações com o intuito de reverter esse problema, ainda há muitos entraves no Brasil. Para alguns autores, o profissional de saúde não tem treinamento para lidar com essa situação, não há

mecanismos legais de proteção a esses profissionais e, às vezes, há quebra de sigilo na informação (SALIBA, 2007).

A violência doméstica tem sido considerada como um grave problema que afeta famílias de diversos países e classes sociais. Segundo pesquisa conduzida por Scharaiber et al. (2002), há estimativas de 20% a 50% de violência física contra mulher perpetrada pelo parceiro pelo menos uma vez na vida em todo o mundo, ainda assim a mobilização dos profissionais de saúde em relação a essa temática parece incipiente. Em estudo desenvolvido no Brasil, com 322 usuárias de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo (SP), foi constatado que 69,6% das mulheres entrevistadas referiram alguma agressão física, psicológica ou sexual em alguma fase da vida (SCHRAIBER et al., 2003).

No entanto, compartilhamos com Schraiber e D'Oliveira (1999) da compreensão de que, por vezes, a banalização e/ou a recusa de aprofundar a escuta sobre violência se ancoram nos discursos sobre insatisfação familiar ou são minimizados como crises conjugais.

Outros estudos (KIND et al. 2013) demonstram que a denúncia da vítima é o encaminhamento que aparece com maior frequência e que organiza um maior número de significados. Todo o esforço do profissional parece focado na sua realização ou não pela vítima, acompanhada por um julgamento moral, uma vez que a responsabilidade da equipe se encerraria na negativa da mesma em realizar a denúncia.

As ideias associadas à violência sexual apontam para a ambiguidade nos discursos dos profissionais entrevistados, que ora utilizam uma leitura biomédica sobre o assunto, ora se reduzem ao senso comum. As explicações da violência sexual, por um lado, são relacionadas com a desigualdade de gênero, mas, por outro, ainda reproduzem preconceitos sobre o lugar da mulher e da sexualidade na sociedade que não foram superados. É importante, portanto, aprofundar essa discussão na capacitação dos profissionais que atuam na prevenção da violência sexual, buscando fundamentar esse esforço no fato de que as representações, que expressam a dimensão da cultura, podem ser modificadas e não apenas reproduzidas (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

1.2. Ficha de Notificação Compulsória e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

A Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências e seu Instrutivo para o preenchimento foram construídos em colaboração com gestores e profissionais de saúde do Ministério da Saúde (MS) e de outras instituições governamentais das três esferas que compõem o Sistema Único de Saúde, de instituições de ensino

e pesquisa, e parcerias não governamentais (BRASIL, 2008). Essa ficha é composta por um conjunto de variáveis e categorias que tipificam as violências perpetradas contra si (violências autoprovocadas), contra outra pessoa ou contra grupos populacionais (violências interpessoais). Destacando que a incorporação da orientação sexual e identidade de gênero ocorreu recente o que ainda não permite um agregado de dados sobre efeitos da homofobia e transfobia. A ausência de um campo que informe a nacionalidade da vítima dificulta a compreensão de um fenômeno recente que é a migração, quando a partir de 2010, o país se tornou receptor de migrantes.

Em 2005, foi elaborada a primeira Ficha de Notificação Compulsória de Violência para cumprir as diretrizes da Lei nº 10.778/2003. (BRASIL, 2005). Nova versão foi editada em 2008, contendo modificações significativas. Em termos comparativos, a versão de 2008 apresenta um rearranjo dos itens/subitens que proporciona um preenchimento mais direcionado e com o acréscimo, no item evolução e encaminhamento (subitem 64 ao 71), do subitem 65, violência relacionada ao trabalho e a opção Centro de Referência à Mulher no subitem 64, campo em que deve ser informado se a pessoa atendida foi encaminhada para outros setores.

Em 2011, após ser publicada a Portaria Nº 104 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), foi elaborado um instrutivo relacionado à notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências com o intuito de orientar o profissional da saúde a respeito da correta interpretação e preenchimento da ficha. Para atingir esse objetivo, o Instrutivo apresenta uma linguagem acessível e de fácil entendimento.

O referido documento foi atualizado em relação às conquistas dos diferentes segmentos. Por exemplo, no caso de atendimento a uma pessoa transexual ou travesti, o Instrutivo orienta:

ATENÇÃO: quando a pessoa atendida/vítima for travesti ou transexual, registrar o nome social no campo de Observações Adicionais, no final da ficha. O uso do nome social em prontuários e atendimento é uma das estratégias de gestão e monitoramento preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, na sua 203ª Reunião Ordinária, de novembro de 2009; é também um dos direitos dos usuários (...) quando a pessoa atendida/vítima for transexual, que fez cirurgia para adequação de sexo, registrar essa informação no campo Observações Adicionais. (BRASIL, 2011, p. 25-26).

Outra atualização importante que consta no Instrutivo é a mudança do conceito de estupro e assédio sexual, além da não mais utilização do conceito de atentado violento ao pudor:

Atentado violento ao pudor: ATENÇÃO: com a implantação da Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, que alterou o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, este conceito foi desabilitado e os tipos de eventos antes assim classificados passaram a ser considerados como estu-

pro. Portanto, para os fins de notificação, este campo deverá ser preenchido com 8 - Não se aplica. (BRASI, 2011, p. 47).

É importante salientar que o Instrutivo possui a função de informação e orientação para o preenchimento da ficha. A forma como o profissional da saúde irá se portar frente à vítima e como decidirá sobre o preenchimento revelará uma complexidade de relações que interseccionam sua percepção sobre o fenômeno, as crenças sobre gênero e sexualidade, os conhecimentos sobre violência como agravo e as interações na organização do trabalho.

Outro aspecto importante destacado no instrutivo diz respeito ao destino dessa notificação:

ATENÇÃO: devido às especificidades e complexidades que envolvem a notificação de violências e a necessidade de tomada de medidas urgentes em relação à atenção e proteção às pessoas vítimas de violências, todos os casos prováveis ou suspeitos de violências serão considerados como “casos” de violências. Na análise dos dados, deverão ser considerados os casos confirmados e prováveis (suspeitos). Ou seja, não se faz necessária a confirmação da violência, a exemplo das doenças transmissíveis, para o encerramento do caso. Na perspectiva da vigilância, o caso é encerrado no próprio ato de preenchimento da ficha de notificação. (BRASIL, 2011, p.56).

Em novembro de 2014, com a publicação da Portaria nº1271/2014, a ficha de notificação de violência sofreu algumas alterações. Passa a se denominar Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal / Autoprovocada. Foram incluídos o campo 31 (nome social), o campo 24 (orientação sexual), o campo 35 (identidade de gênero), o campo 53 (essa violência foi motivada por) e o campo 62 (o ciclo de vida do provável autor da agressão), permitindo identificar os casos de violências motivadas pela homofobia (BRASIL, 2014).

A tentativa de suicídio passou a integrar a Lista Nacional de Notificação Compulsória com a mudança também para a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada, com o MS determinando prazo para a notificação. A violência sexual e a tentativa de suicídio passam a ser de notificação imediata (até 24 horas). Essas alterações buscam atender o disposto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013).

Atualmente encontra-se em vigor a Portaria nº 204/2016, sendo que as alterações foram no campo 14 e 45 do Anexo I (lista de doenças e agravos de notificação compulsória) sem relação no que tange à violência (BRASIL, 2016).

2. Metodologia: um trabalho em dois artigos

Como estratégia metodológica, a desconfiança sobre os consensos supostamente estabelecidos para aqueles que trabalham e/ou pesquisam nos serviços de saúde de que existiria

uma subnotificação da violência decorrente do processo de formação e educação permanente. Desconfiar dessa linearidade causal foi a hipótese que estruturou o trabalho.

Buscando identificar outras chaves interpretativas que possam colaborar para essa discussão e fortalecer a Notificação Compulsória da Violência como importante ferramenta para o enfrentamento do fenômeno da violência, realizou-se uma revisão sistemática descritiva sobre notificação da violência nos serviços de saúde no Brasil, a partir de trabalhos publicados no formato de artigos, no período entre janeiro de 2006 e dezembro de 2015. A metodologia utilizada está detalhada no Capítulo 1.

Entre os resultados identificados na revisão sistemática, a relação entre a formação dos profissionais e a subnotificação indicou a pertinência da hipótese inicial trazendo outros elementos como a organização do trabalho, o impacto das normas e o tempo institucional para a implementação.

A segunda etapa é um estudo transversal e descritivo desenvolvido com metodologia qualitativa e quantitativa, detalhada no Capítulo 2. A cidade de Uberlândia, com seus 128 anos, é a 2ª maior cidade do estado de Minas Gerais, com uma população de 604.013 habitantes. Possui aproximadamente 4.115,82 Km² de extensão territorial, sendo que a área de maior extensão é a rural, com cerca de 3.896,82 Km², correspondendo a 94,67% da extensão do município, porém com uma população de 16.747 habitantes. A área urbana, por sua vez, possui cerca de 219 Km², equivalente a 5,23% da área total do município, com uma população de 587.266 habitantes (IBGE, 2010).

Desse total de residentes, 29,1% são crianças e adolescentes, 60,6% são adultos e 10,3% são idosos, sendo 294.914 do sexo masculino e 309.099 do sexo feminino, conforme Figura 1:

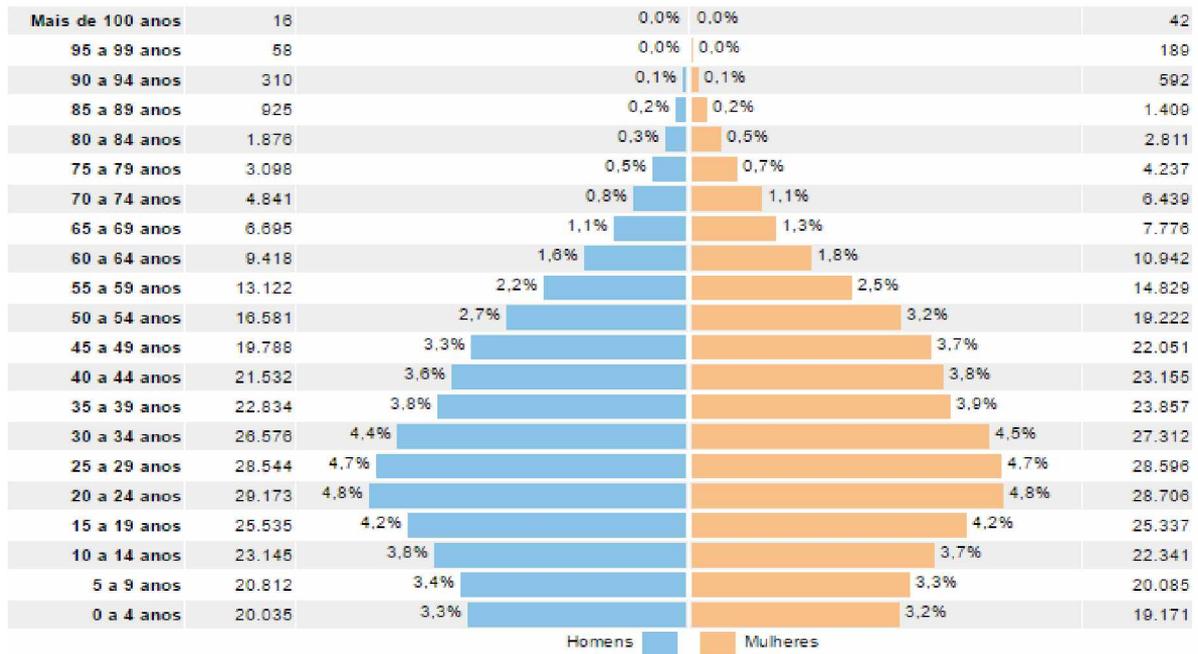


Figura 1 - Distribuição da população de Uberlândia por sexo e faixa etária no ano de 2010, Uberlândia/MG, 2017

Fonte: IBGE, 2010

Atualmente, o município de Uberlândia conta com 4 distritos administrativos (Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuírama) e 5 setores sanitários, conforme esquematizado na Figura 2 (Plano Municipal de Saúde, 2014-2017), e adotou a Equipe da Saúde da Família/ESF como reorganizador da Atenção Primária à Saúde/APS.

A pesquisa foi realizada nas ESF do município de Uberlândia, que estavam registradas no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2015. Embora estivessem 74 ESF credenciadas pelo Ministério da Saúde, 73 ESF estavam cadastradas no CNES e, efetivamente, 72 ESF implantadas, distribuídas em 53 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo cinco equipes localizadas na zona rural (MS/SAS/DAB e IBGE/dez/2016).

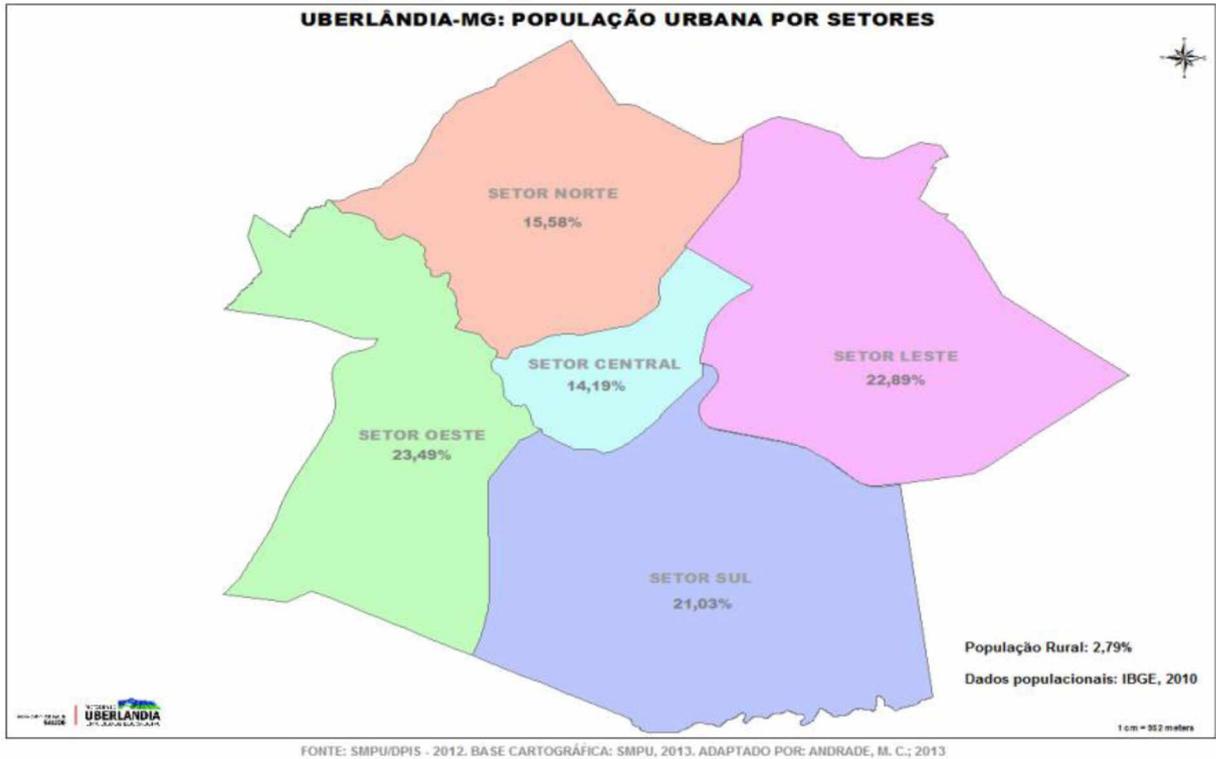


Figura 2 - Distribuição da população, do município de Uberlândia, segundo setores sanitários 2010, Uberlândia /MG, 2017

Fonte: Plano Nacional de Saúde de Uberlândia 2014-2017

O universo da pesquisa foi composto pelos profissionais enfermeiros e médicos das Equipes de Saúde da Família cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2015.

A participação dos enfermeiros e médicos foi vinculada à autorização da pesquisa por parte da Secretaria Municipal de Saúde/SMS de Uberlândia (Anexo I), do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Federal de Uberlândia, aprovado em 21/11/2015, Parecer nº 1.331.972 (Anexo II), e à aceitação por parte dos profissionais, após serem informados sobre a proposta do estudo e sua metodologia, descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), e da assinatura do mesmo.

Como instrumento de coleta foi utilizado um questionário semiestruturado, autoaplicado, construído para identificar a presença da temática da violência e da notificação compulsória entre profissionais graduados em enfermagem e medicina e que faziam parte das equipes da ESF. Os questionários foram colhidos em diferentes cenários, incluindo reuniões de equipe e visitas às unidades. Para processamento dos dados, foi utilizado o programa Windows/Excel 2016®.

Como critérios de inclusão dos profissionais, podemos citar: ser profissional (médico ou enfermeiro); atuar na ESF Uberlândia há, no mínimo, seis meses; e assinar o termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto aos critérios de exclusão: profissionais que se encontravam em período de férias ou de licença médica no momento da coleta, e/ou que se recusaram a participar da pesquisa. Os profissionais ausentes nos momentos da coleta foram considerados como perdas.

O questionário foi dividido em 6 blocos: perfil sócio demográfico do profissional que atua na ESF de Uberlândia, sua percepção em relação ao tema violência/setor saúde, a violência e seu local de trabalho, sua experiência com a atenção as vítimas de violência durante seu período de graduação/formação posterior/serviço, seu conhecimento/experiência em relação à notificação compulsória da violência e sua opinião sobre o preenchimento/fluxo da notificação compulsória da violência.

Como já anunciado anteriormente, para o trabalho aqui apresentado, no Capítulo 2, foram analisados somente os resultados relativos aos profissionais da enfermagem. Posteriormente, serão trabalhados os dados relativos aos médicos e realizadas comparações entre os dois profissionais.

CAPÍTULO 1

SAMBA DE UMA NOTA SÓ: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA SOBRE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

Resumo:

Este artigo consiste em revisão sistemática de literatura pela qual se buscou compreender quais discursos sobre a notificação compulsória da violência circularam nos periódicos brasileiros da área de saúde entre os anos de 2006-2015. Na produção analisada, alguns consensos parecem informar aqueles que trabalham/pesquisam nos serviços de saúde, entre eles a evidência da subnotificação e o despreparo/desinteresse dos profissionais dos serviços para a notificação. Outras chaves interpretativas podem colaborar para a consolidação dessa estratégia como importante ferramenta para o diagnóstico do complexo e multicausal fenômeno da violência, cujo enfrentamento demanda ações intersetoriais. A subnotificação pode relacionar-se aos medos, inseguranças e desamparo dos profissionais, às dificuldades para reestruturação de processos de trabalho na saúde e efetivação de políticas públicas integrais e aos desafios postos à academia para incorporação da temática na formação de novos profissionais e na produção acadêmica.

Palavras-chave: notificação compulsória, serviços de saúde, violência

1. Introdução

A Lei nº 8.069/1990, que instituiu o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), inaugurou, no Brasil, a obrigatoriedade de os serviços de saúde notificarem aos conselhos tutelares os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos a crianças e adolescentes e, ainda, especificou sanções ao médico e/ou ao responsável por estabelecimento de saúde, caso deixem de comunicar à autoridade os casos de que tiverem conhecimento. Essa parece ter sido a primeira iniciativa estatal para garantir a proteção para as crianças e adolescentes, sem uma preocupação com a construção de rede articulada de informações sobre o agravo no Brasil.

Somente em 2001, a Portaria nº 1968/2001 previu a obrigatoriedade de notificação dos profissionais da saúde aos Conselhos Tutelares, como evidenciado no Artigo 1º (BRASIL, 2001). Ainda que ampliasse a responsabilização para todos os responsáveis técnicos e todas as instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), a notificação permaneceria vinculada aos Conselhos Tutelares (CT). O formulário deve ser preenchido em duas vias, sendo a primeira encaminhada ao CT e a segunda anexada ao Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários à atenção à saúde.

Com a publicação do Estatuto do Idoso, Lei nº 10741/2003, a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra o idoso tornou-se uma obrigação dos

serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2003). A notificação deve ser encaminhada à autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e/ou Conselho Nacional do Idoso. Apenas em 2011, a obrigatoriedade de notificar à autoridade sanitária foi instituída.

Em 2003, com a Lei nº 10.778/2003, estabeleceu-se a obrigatoriedade de que todos os profissionais de saúde e os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e/ou privados de saúde realizem a notificação da violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde (BRASIL, 2003). A definição de um período de 120 dias para que a lei passasse a vigorar, anunciava a necessidade de regulamentação e definição de fluxos e competências.

Após um período superior a 120 dias, foi publicado o Decreto nº 5.099/2004, que estabeleceu a regulamentação da notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atribuindo ao Ministério da Saúde (MS) a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela (BRASIL, 2004). Nesse decreto, foi anunciado que o instrumento de notificação compulsória seria a ficha de notificação a ser padronizada pelo MS e estabelecido o prazo de 60 dias para publicação de normas complementares pertinentes aos mecanismos de operacionalização dos serviços de referência sentinela.

A resposta a esse Decreto resultou, em 2006, na implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído por dois componentes: Viva contínua - Vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais (Viva/Sinan), e o Viva inquérito - Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinelas de urgência e emergência. Ambos componentes, com sistemas de informação próprio, tendo como respaldo a Portaria nº 1356/2006, que instituiu o incentivo financeiro criado com o objetivo de identificar casos não ligados à internação ou morte de vítimas de violência. Esse pode ser considerado o marco que permite aos serviços de saúde a notificação de situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Até o ano de 2008, a captação das notificações para a Vigilância contínua ocorreu por meio de um questionário padronizado, elaborado pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – órgão da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. O software utilizado para entrada dos dados era o Epi Info Windows (Viva Epi Info). A partir de 2009, a Vigilância contínua passou a notificar os casos de violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net).

Em 2011, com a publicação da Portaria nº 104/2011, foi ampliado o rol das doenças e

agravos de notificação compulsória e a notificação de violência integrou a lista de notificação compulsória, sendo então denominada Ficha de Notificação de Violência Sexual e ou outras Violências. No âmbito do cumprimento das normas de proteção às mulheres, desde 1998, o MS havia instituído o acesso a profilaxia para os casos de violência sexual, através da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”.

Em 2014, com a publicação da Portaria nº1271/2014, a tentativa de suicídio passou a integrar a Lista Nacional de Notificação Compulsória, com a mudança também para a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada, com o MS determinando prazo para a notificação. A violência sexual e a tentativa de suicídio passam a ser de notificação imediata (até 24 horas). A ficha incluiu também questões sobre violências segundo orientação sexual, permitindo identificar os casos de violência motivada pela homofobia. As alterações nas fichas de notificação podem também apontar para uma maior incidência de notificações em outros segmentos da população, tendo em vista que o sistema passou a permitir a desagregação e o cruzamento da informação para subgrupos populacionais, segundo orientação sexual e raça. Ressalta-se que, atualmente, encontra-se em vigor a Portaria nº 204/2016, sendo que as alterações foram no campo 14 e 45 do Anexo I (lista de doenças e agravos de notificação compulsória), sem relação no que tange à violência (BRASIL, 2016).

Observamos um descompasso significativo entre legislações, normativas e ações governamentais. É nessa encruzilhada que profissionais de saúde e pesquisadores estão construindo suas práticas/saberes sobre a notificação da violência e, nesse contexto, inserimos nossas inquietações.

O presente artigo consiste em revisão sistemática descritiva sobre notificação da violência nos serviços de saúde no Brasil, em artigos científicos publicados no período entre janeiro de 2006 e dezembro de 2015. Estabelecemos os seguintes objetivos específicos: a) caracterizar a produção/circulação na área; b) descrever os sujeitos enunciadorees nesse campo; c) identificar a incidência das normas nos discursos acadêmicos; d) problematizar como a temática da notificação tem sido trabalhada pelos autores dos artigos analisados.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática descritiva (ROMANOWSK; ENS, 2006; SAMPAIO; MANCINI, 2007; ROTHER, 2007). Foram definidas as seguintes bases de dados para a pesquisa: a Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME, Scientific Electronic Library

Online/SCIELO e PubMed/Medline. Os descritores utilizados foram: notificação compulsória, violência, saúde e serviços de saúde e seus correspondentes em inglês “disease notification”, “violence”, “health services”, “Brazil”.

A implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2006, regulamentou e permitiu aos serviços de saúde a sistematização da notificação de situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, sendo esse, portanto, nosso marco para o recorte temporal.

Os critérios de inclusão foram: a) período de publicação; b) redação em português e inglês; c) análise da realidade brasileira. Os critérios de exclusão foram: a) artigos que não fossem de acesso aberto e integral; b) outras modalidades de publicação como editorial, carta, tese e dissertação; c) artigos repetidos nas diferentes bases de dados; d) artigos cuja temática não abordasse a notificação compulsória da violência.

O levantamento nas bases de dados foi realizado em outubro de 2015 e atualizado em março de 2016, em duas fases. A primeira fase da coleta ocorreu levando-se em consideração os filtros existentes em cada base de dados. Nas bases de dados Bireme e Scielo, foram utilizados os filtros: país/região (Brasil), idioma português e inglês e o período de publicação de 2006 a 2015. Na base de dados Pubmed/Medline, não foi utilizado filtro.

O número de artigos encontrados a partir desta primeira fase está descrito na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Distribuição dos artigos identificados nas bases de dados segundo descritores, a partir dos filtros selecionados, Uberlândia / MG, 2017

DESCRITOR	SCIELO	BIREME	PUBMED/MEDLINE
Notificação compulsória/violência	5	29	-
Notificação compulsória/violência/serviços de saúde	1	3	-
Notificação compulsória/violência/saúde	4	13	-
Notificação/violência	66	77	-
Notificação/violência/serviços de saúde	43	16	-
Notificação/violência/saúde	13	53	-
Violence/health services/Brazil			101
TOTAL	127	191	101
TOTAL		418	

Fonte: Base de dados Scielo, Bireme e Pubmed/Medline

Nota: Elaborada pelas autoras

Na segunda fase da pesquisa, a de seleção, procedemos à leitura de todos os resumos para atender os critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos os artigos duplicados na

mesma base ou entre elas, modalidades de publicação e os artigos cuja temática não tratava da notificação como questão principal, totalizando 354 descartes de um universo inicial de 418 trabalhos, resultando em 64 artigos a serem analisados, conforme demonstrado na Figura 3. Os descartes por repetição nas diferentes bases tiveram como parâmetro a base de dados Scielo.

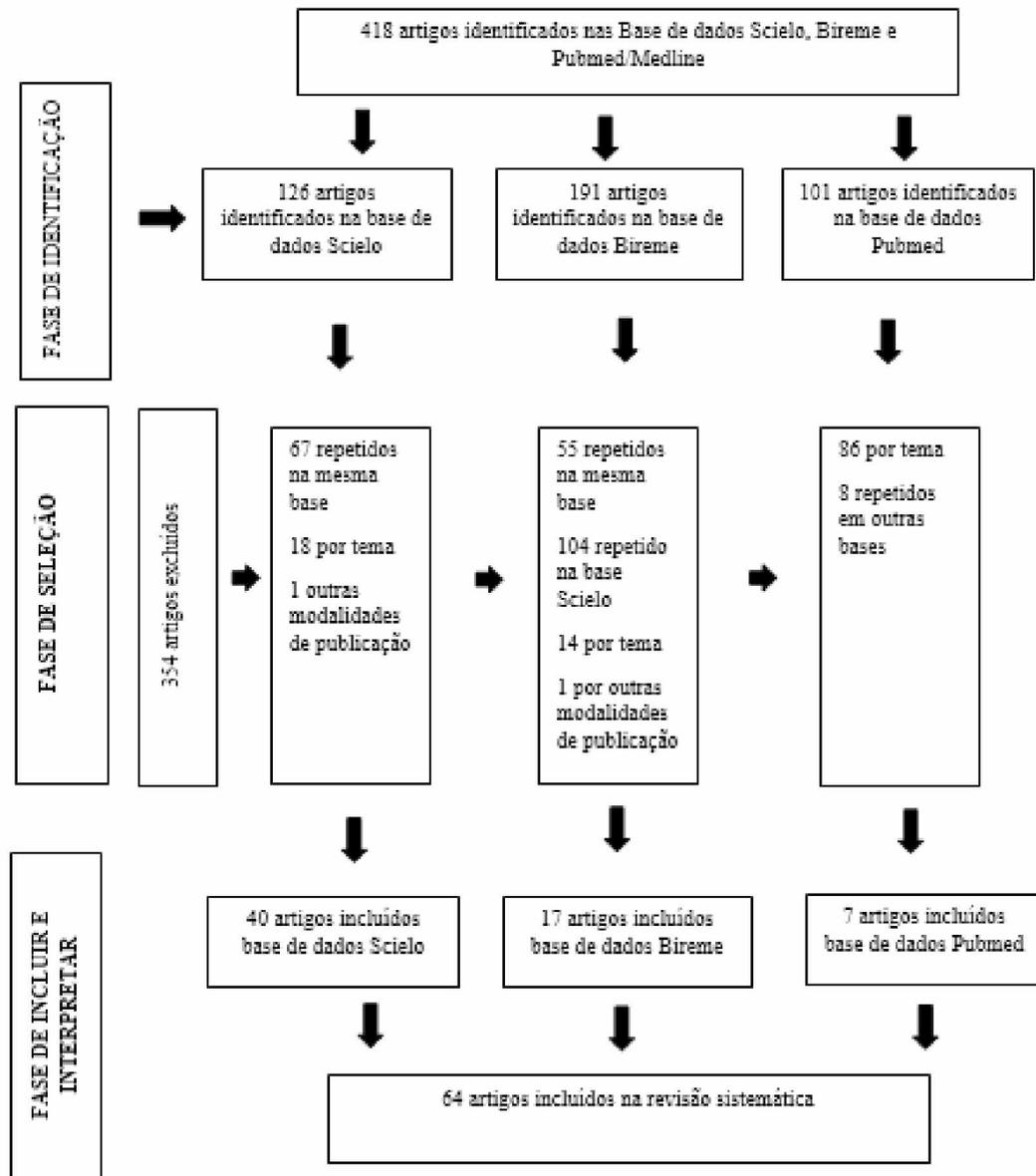


Figura 3 - Representação esquemática do processo de análise de artigos para revisão sistemática descritiva.

Fonte: Base de dados Scielo, Bireme e Pubmed/Medline

Nota: Elaboração pelas autoras

Após a inclusão dos trabalhos identificados, eles foram codificados para classificar a

análise. Assim, para os resultados selecionados na base de dados Scielo, atribuiu-se o código SC acrescido de um número ordinal, estabelecido pela ordem alfabética. O mesmo procedimento foi aplicado para os resultados na base de dados Bireme e Pubmed/Medline, para os quais foram utilizados os códigos BI e PUB respectivamente. Todos os artigos selecionados estão discriminados nas referências, junto aos códigos atribuídos.

As fases de identificação, seleção e inclusão dos artigos foram realizadas por duas pesquisadoras de maneira independente. No caso de desacordo sobre a inclusão de algum dos artigos, uma terceira pesquisadora foi consultada, todas assinam o artigo.

A análise dos artigos seguiu as diretrizes estabelecidas pela análise do discurso (ORLANDI, 2009), considerando que não se trata de atribuir critérios de verdade aos textos ou mesmo validá-los. A proposta é examinar como alguns discursos produzidos na academia estão (re)produzindo verdades sobre uma dada realidade. Para tanto, entende-se que as pesquisas são efeitos discursivos, ou seja, são atravessadas por critérios de verdade sobre o lugar do profissional/serviço de saúde na atenção às vítimas de violência.

Numa primeira etapa, pensada sobre o contexto imediato da enunciação, desenhou-se a primeira organização dos trabalhos, sua distribuição por ano de publicação, áreas de conhecimento e sujeitos enunciadorees desse campo.

Considerando que as condições de produção também se relacionam aos discursos proferidos pelas instituições, a análise permitiu entrecruzar as fontes utilizadas pelos pesquisadores e suas correlações com as normas e implementação das políticas públicas.

Na última fase, a partir das distribuições das temáticas e suas recorrências foi identificada uma formulação discursiva atravessada pela certeza do despreparo dos profissionais e/ou serviços para realizar a notificação da violência.

3. Resultados e Discussão

3.1. A produção acadêmica

Um total de 64 artigos pode parecer um número reduzido, no entanto, as normativas sobre a compulsoriedade da notificação da violência são recentes e, também, os mecanismos para seu registro. O número crescente de artigos publicados a partir de 2008, sem interrupção, colabora para pensar que ações e políticas públicas possibilitam maior visualização do fenômeno e circulação de informações sobre ele - conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos identificados nas bases de dados segundo ano de publicação e base de dados, Uberlândia / MG, 2017

ANO	BASE DE DADOS		
	SCIELO	BIREME	PUBMED
2006	-	-	-
2007	1	3	-
2008	3	2	2
2009	-	3	1
2010	5	1	3
2011	3	3	-
2012	9	1	1
2013	5	1	-
2014	3	3	-
2015	11	-	-
TOTAL	40	17	7

Fonte: Base de dados Scielo, Bireme e Pubmed/Medline

Nota: Elaborada pelas autoras

Analisando o Currículo Lattes dos autores dos artigos, percebemos que, dos 64 trabalhos que compuseram o escopo da revisão, entre os primeiros autores, a maioria possui graduação em Enfermagem (22). A pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado) em programas da área da Saúde Coletiva, no total de 40, parece construir um amálgama capaz de reunir pesquisadores das áreas da Enfermagem, Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social e Ciências Sociais - conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos artigos identificados nas bases de dados segundo área de graduação e área de maior titulação do 1º autor, Uberlândia / MG, 2017.

Curso Graduação	Nº de artigos	Área > Titulação	Nº de artigos
Enfermagem	22	Enfermagem	8
		Saúde Coletiva	13
		Educação	1
Engenharia Civil	1	Saúde Coletiva	1
Estatística	1	Saúde Coletiva	1
Fisioterapia	6	Saúde Coletiva	6
Fonoaudiologia	1	Saúde Coletiva	1
Medicina	11	Saúde Coletiva	7
		Micro/Parasitologia	1
		Medicina	3
Nutrição	1	Engenharia	1

Curso Graduação	Nº de artigos	continuação	
		Área > Titulação	Nº de artigos
Odontologia	8	Odontologia	5
		Saúde Coletiva	3
Psicologia	5	Psicologia	4
		Saúde Coletiva	1
Serviço Social	3	Saúde Coletiva	2
		Serviço Social	1
Sociologia	5	Saúde Coletiva	5
TOTAL	64		64

Fonte: Currículo lattes

Nota: Elaborado pelas autoras

Observando os periódicos nos quais esses artigos foram publicados e a avaliação de impacto dos mesmos, atribuída a partir do Qualis Periódicos, podemos dizer que não somente a área de Saúde Coletiva colabora para a constituição de um corpus teórico sobre o tema, mas também possibilita a circulação desse conhecimento impactando, principalmente, as áreas da Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Odontologia - conforme demonstrado na Tabela 4 abaixo:

Tabela 4 - Distribuição dos artigos identificados nas bases de dados segundo área de avaliação Fator de Impacto CAPES, Uberlândia / MG, 2017

Área de avaliação	Nº de artigos / Fator de impacto							
	≥ 3,800	3,799 e 2,500	2,499 e 1,300	1,299 e 0,001	Sem fator de Impacto			Peso zero
	A1	A2	B1	B2	B3	B4	B5	C
Enfermagem	3	9	34	10	1*		1	-
Saúde Coletiva	-	8	1	15	6	2*	-	-
Medicina I	-	-	-	1	38	9	7*	-
Medicina II	1	-	-	9	33	9	6*	-
Medicina III	-	-	-	2	29	1*	-	-
Odontologia	-	2	20	10	16	2*	-	-
Psicologia	-	33	12	2	3	1*	-	-
Sociologia	2	2	5	-	-	-	-	-
Serviço Social	21	-	11	-	1	-	-	-

Fonte: Plataforma Sucupira – Qualis Periódicos 2015

*Um periódico classificado Qualis 2012

Nota: Elaboração pelas autoras

Embora o marcador gênero não tenha sido acionado inicialmente na pesquisa, durante a seleção e análise dos artigos, não passou despercebido o fato de que eram elaborados majoritariamente por mulheres. Do total de artigos selecionados, temos como primeiro autor 92% de mulheres e 8% de homens. São os discursos das mulheres que circulam

denunciando/investigando/descrevendo a violência contra crianças, adolescentes, mulheres e/ou idosos. Não seria surpresa pensar que a maior parte dos textos identificados possui como primeira autora pesquisadoras oriundas da graduação em enfermagem, cujo universo feminino é objeto de análise em diferentes pesquisas (MEYER, 1991; 2006). No entanto, o mesmo se repetiu para todas as áreas de conhecimento, inclusive na medicina, onde a presença das mulheres/pesquisadoras ainda não é hegemônica, embora recentes estudos demonstrem que o número de mulheres registradas no Conselho Federal de Medicina (CFM) superou o número de homens desde 2011 (SCHEFFER, M. et al, 2015). A violência na área da saúde parece ser um assunto de interesse de mulheres. A investigação que resultou no presente artigo foi conduzida, orientada e discutida por mulheres.

Quando analisados a partir dos sujeitos vítimas da violência, os artigos sobre crianças e adolescentes superam os demais, correspondendo a 57,8% do conjunto de trabalhos. Em 34% deles, a notificação (ou a necessidade dela) atravessava os discursos. Nesse conjunto, os marcos regulatórios que definiam ou estabeleciam essa notificação foram referenciados diferentemente pelos pesquisadores. Apesar da existência de normas específicas do campo da saúde, tais como a Portaria nº 1968/2001 e a Portaria MS/GM nº 104/2011, parte significativa dos trabalhos recorreu ao ECA para justificar a necessidade da notificação (MOURA; MORAES; REICHNHEIM, 2008; MOREIRA et al., 2013; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; BOURROUL; REA; BOTAZZO, 2008; COSTA et al., 2007; JUSTINO et al., 2011; BAZON, 2008; OLIVEIRA et al., 2012). A reiteração da obrigatoriedade da notificação, prevista desde o século passado, sugere que sua execução não está consolidada.

Ao estabelecer a obrigatoriedade da notificação, o ECA colocou os CT em lugar de destaque, e um de seus efeitos foi a produção de bancos de dados sobre a violência. No período entre 2007 a 2009, todos os estudos que utilizaram fonte documental, tiveram como documentos para análise informações retiradas dos bancos de dados dos conselhos (COSTA et al., 2007; MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008; BAZON, 2008; MARTINS; JOGE, 2009, 2009; SILVA; FERRIANI, 2007).

Mesmo a partir de 2009, com a possibilidade de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alguns artigos permaneceram utilizando como fonte de informação o banco de dados dos CTs (MARTINS; JORGE, 2009, 2009; JUSTINO et al., 2011)

Os bancos de dados organizados por serviços municipais de saúde também foram utilizados como fonte documental de pesquisas, como no caso de Curitiba e Campinas (PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT; 2011; ZAMBON et al., 2012). O mesmo ocorre com relação

aos estudos relatados por outros pesquisadores em outros municípios (APOSTÓLICO et al., 2012; FONSECA et al., 2012; FRANZIM et al., 2014; VALENTE et al., 2015; EGRY et al., 2015). Estudos locais e/ou nacionais que utilizaram os dados do SINAN são ainda em menor quantidade (ASSIS et al., 2012; SOUZA et al., 2013; HOHENDORFF et al., 2014).

Percebe-se o impacto das normas para a produção de saberes sobre a violência contra crianças e adolescentes quando observada a hegemonia dos discursos sobre o ECA. É impossível desconsiderar que a determinação de um local específico para reunir as notificações de violência contra crianças e adolescentes (a saber, o CT) possibilitou que pesquisas fossem organizadas a partir dos locais, muito antes que o Estado incorporasse a norma.

A obrigatoriedade da notificação da violência contra as mulheres não somente foi um componente mais recente na política pública, como também a indicação e a possibilidade de fato de seu registro. Nesse sentido, o descompasso parece ter impactado nas pesquisas, pois, sem a possibilidade de acesso a dados nacionais sistematizados, o universo das pesquisas ficaria restrito a pesquisas locais (VIEIRA et al., 2013; KIND et al., 2013; GARCIA et al., 2008). As pesquisas anteriormente realizadas sobre o tema utilizaram fontes documentais distintas, por vezes associando dados de diferentes serviços (GARCIA et al., 2008). Os outros três artigos resultaram de pesquisas qualitativas - também são estudos locais com diferentes técnicas de coleta de dados e tendo como sujeito de pesquisa os profissionais dos serviços (BARALDI et al., 2012; GOMES et al., 2014; SOUSA et al., 2015).

Entre os artigos que tratavam da violência contra os idosos, 9 (nove) do total pesquisado, ou seja, 78% deles remetiam às políticas públicas como a Política Nacional do Idoso (PARAÍBA; SILVA, 2015), a Política Nacional de Saúde do Idoso (SANTOS et al., 2010; RIBEIRO; BARTER, 2010), a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES; 2012; LIMA et al., 2010), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) (RIBEIRO; BARTER, 2010; DESLANDES; SOUZA, 2010; RIBEIRO; SOUZA; VALADARES; 2012; MELLO; MOYSÉS, 2010; LIMA et al., 2010) e, também, ao Estatuto do Idoso (MASCARENHAS et al., 2012; PARAÍBA; SILVA, 2015; SANTOS et al., 2010; RIBEIRO; BARTER, 2010; RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012). No entanto, a referência a esses documentos foi feita em relação aos parâmetros de atendimentos aos idosos, análise de serviços e/ou elaboração de instrumentos, e não na perspectiva da proteção contra a violência.

Diferentemente do que ocorreu com o ECA, que indicou os CT como local único de encaminhamento da notificação, o Estatuto do Idoso indicou de forma difusa, para diferentes

órgãos do sistema de justiça (responsáveis pela defesa dos direitos dos idosos), o que também parece ter impactado na possibilidade de reunião dessas informações. Nos artigos mais recentes, classificados como pesquisa documental, especificamente sobre notificação da violência contra os idosos, todos utilizaram o SINAN como base de pesquisa (PINTO; ASSIS, 2015; PARAÍBA; SILVA, 2015; MASCARENHAS et al., 2012). Esse resultado demonstra a articulação entre a construção de ferramentas para implantação de uma política pública e a possibilidade de ampliar a produção de conhecimento sobre questões em saúde.

3.2. Muitos Despreparos

O despreparo dos profissionais e/ou serviços aparece como causa da omissão dos profissionais de saúde e instituições na realização da notificação e aciona discursos que operam diferentes elementos tais como desconhecimento, medo e descompromisso.

O discurso em torno da fragilidade da formação/capacitação dos profissionais e serviços de saúde opera construindo um discurso de verdade que se avolumou no decorrer dos anos (BOURROUL; REA; BOTAZZO, 2008; OLIVEIRA et al., 2012; RATES et al., 2015; SILVA; FERRIANI, 2007; KIND et al., 2013; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; LUNA et al., 2010; BANNEART; BRINO, 2011).

A delicadeza do tema reforça a necessidade de avançar na melhoria da notificação de cada ato de agressão, capacitando os profissionais para o atendimento e para identificar casos ocultados. Alguns profissionais sentem-se constrangidos frente a algumas situações de violações, outros não percebem os sinais das violências, pois os motivos reportados para o atendimento são mascarados e há ainda os que se sentem ameaçados e preferem não se expor (RATES et al., 2015, p. 660).

A subnotificação está frequentemente relacionada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação; preocupação dos profissionais com a quebra da confiabilidade das informações e finalmente pela falta de percepção dos profissionais sobre a relevância desta temática para a saúde pública (SILVA; FERRIANI, 2007, p. 279).

O reconhecimento do despreparo dos profissionais se alia ao despreparo dos serviços para notificar (SILVA; FERRIANI, 2007; APOSTÓLICO et al., 2012; GOMES et al., 2014; KIND et al., 2013; SOUZA et al., 2015; PARAÍBA; SILVA, 2015; RIBEIRO; BARTER, 2010; SANTOS et al., 2010; LIMA et al., 2010; MASCARENHAS et al., 2012).

Quanto à notificação dos casos de violência, verifica-se que grande parte dos serviços não notificam. Em relação aos registros dos casos atendidos, poucos

serviços possuem ficha de notificação e nenhum deles envia os dados para serviços de vigilância epidemiológica (...) (SANTOS, 2010, p. 2749).

Dentre as razões descritas para a subnotificação, citam-se a dificuldade de denúncia da violência doméstica contra idosos, o despreparo dos profissionais de saúde para investigar os casos (falta de capacitação e conhecimento de protocolos de investigação), a infraestrutura deficiente de atendimento e fragilidade das redes de apoio (MASCARENHAS, 2012, p. 2339).

A certeza sobre o despreparo (de profissionais e serviços) circula mesmo em estudos que tenham apresentado o processo de trabalho como elemento dificultador para a realização da notificação compulsória, parecendo impedir a valorização e a análise da informação:

(...) a notificação esbarra em questões estruturais e dificuldades dos profissionais de saúde para identificar e assistir os envolvidos em casos de violência, no cotidiano de sua prática profissional, por várias razões, entre elas a falta de visibilidade do problema e a não qualificação para a tarefa (APOSTÓLICO et al., 2012).

Também associada à categoria *por que não notificar*, encontra-se a subcategoria *notificação dificultada pelo modo de organização do serviço e da assistência*. Nas falas dos sujeitos, a organização do serviço esconde um possível desconhecimento da notificação, sua importância e obrigatoriedade. O argumento mais frequente exposto nessa subcategoria é o tempo escasso nos processos de trabalho (KIND et al., 2013, p. 180, grifos nossos).

Alguns estudos abordam o fenômeno da violência a partir de seus aspectos epidemiológicos como a descrição do perfil da vítima e as características da ocorrência (VIEIRA et al., 2013; KIND et al., 2013; GARCIA et al., 2008; PARAÍBA; SILVA, 2015; MASCARENHAS et al., 2012; PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011; SILVA; FERRIANI, 2007; JUSTINO et al., 2011; RATES et al., 2015; EGRY et al., 2015; FRANZIN et al., 2014; ZAMBON et al., 2012; SOUZA et al., 2013; MARTINS; JORGE, 2009, 2009; COSTA et al., 2007).

No entanto, essas variáveis epidemiológicas não são analisadas no conjunto dos textos. Se elas não são acionadas para argumentar ao longo das discussões nas quais, por exemplo, o perfil contribuiria para pensar a relação entre vulnerabilidade e fatores estruturais ou os tipos de violência e sua distribuição em espaços geográficos e também corporais, sua recorrência discursiva poderia ser pensada como uma estratégia de produzir a materialidade do fenômeno. Ou seja, mesmo em estudos cujo tema central seria a notificação, ainda parece ser necessária a

(re)produção da vítima como se fosse uma forma de colaborar para a identificação do fenômeno (VIEIRA et al., 2013; KIND et al., 2013; PARAÍBA; SILVA, 2015; MASCARENHAS et al., 2012; PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011; SILVA; FERRIANI, 2007; EGRY et al., 2015; FRANZIN et al., 2014; ZAMBON et al., 2012).

Compartilhando dessa lógica, vários estudos destinam parte de sua introdução para conceituar a violência (CECÍLIO et al., 2012; GARBIN et al., 2015; ABATH et al., 2014; APOSTÓLICO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012; RATES et al., 2015; SILVA et al., 2015; MASCARENHAS et al., 2012; PARAÍBA, SILVA, 2015). Coerentemente, o conceito mais reproduzido é o da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou derivado do mesmo. A reiteração do conceito de violência também parece integrar o repertório do convencimento no qual a narrativa sugere a necessidade de reconhecer a violência como um agravo que importa ao campo da saúde.

Nessa teia narrativa, a subnotificação é apresentada como resultado do despreparo. No entanto, ela circula também como um elemento pré-discursivo a partir do qual as pesquisas parecem se organizar (SILVA; FERRIANI, 2007; APOSTÓLICO et al., 2012; GOMES et al., 2014; SOUSA et al., 2015; KIND et al., 2013; MASCARENHAS et al., 2012; PARAÍBA; SILVA, 2015; RIBEIRO; BARTER, 2010; SANTOS et al., 2010; LIMA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2013).

Seguindo as pistas da construção discursiva, pode-se identificar aquilo que parece apagado dos discursos. Nos trabalhos analisados, destaca-se a ausência de estudos que problematizem a morosidade e inconstância do Estado na implementação de políticas públicas e seus efeitos na subnotificação.

4. Conclusão

A presente revisão colabora para questionar algumas certezas reiteradas no campo da Saúde que podem produzir efeitos não desejados no enfrentamento da violência. A subnotificação pode não decorrer apenas do despreparo dos serviços/profissionais, mas também das dificuldades para sistematização e acesso aos dados, realidade a ser transformada com a recente iniciativa e possibilidade de registro via Sinan-Net. Outros elementos podem estar invisibilizados ou terem recebido pouca atenção como, por exemplo, os estudos que trazem reflexões sobre os medos e desconfiças dos profissionais de saúde em relação ao desamparo dos serviços de saúde para notificar a violência que parecem informar sobre necessidades de rever formação, processos de trabalho e reelaborações nas próprias políticas/normas/leis.

O mesmo vínculo que permitiria a identificação da violência pode ser, também, a barreira para a notificação em situações em que a equipe se percebesse desprotegida. Parece ser relevante tomar com seriedade os discursos sobre o medo que circulam de forma quase hegemônica no campo.

O tempo seria um elemento a ser distribuído desigualmente entre o que pode ser considerado como importante no serviço de saúde, mas também pode operar com a necessidade de selecionar tarefas a serem realizadas de modo imediato diante de demandas institucionais. A definição do prazo de 24 horas para a notificação da violência sexual e tentativa de suicídio, bem como das outras violências com prazo de 07 dias, determinada a partir da Portaria nº 104/2011, poderá produzir efeitos na priorização de atividades nos serviços de saúde; no entanto, pouco contribuirá para a produção de informações se os problemas do registro não forem deslocados para além do serviço de saúde ou profissional de saúde que realiza a notificação (ou deveria notificar).

Também a dificuldade de notificação da violência pode resultar da adoção de um conceito que limita a abordagem da violência ao restringi-la a uma taxonomia no interior das causas externas, minimizando as dimensões sociais do problema. Ou seja, quando a violência se torna objeto de políticas públicas e passa a ser referida e contabilizada pelo setor saúde, demanda outra abordagem, reconhecendo-a como um fenômeno complexo e multicausal, que exige propostas intersetoriais integradas e reflete, na realidade, a precariedade da resposta integrada do setor público, e não apenas dos serviços de saúde.

Embora o número de trabalhos publicados por autores oriundos das áreas de Enfermagem e Medicina possa ser indicativo que também os espaços de trabalho suscitam reflexões sobre a violência, os artigos não evidenciaram a inserção dos pesquisadores na prática cotidiana. Parece haver uma distância entre quem pesquisa e quem atua nos serviços de saúde. Faz-se necessário suscitar na academia, lugar de produção e circulação dos saberes aqui analisados, também a responsabilidade da formação desses profissionais/gestores. A reiteração e naturalização do despreparo parece, no seu avesso, referendar a desobrigação dos cursos de graduação ao formar esses profissionais. Urge interrogar os currículos oficiais sobre a incorporação da temática da violência como agravo em saúde.

Referências

1. ABATH, M. B. et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. Brasília, 2014, vol.23, n.1, p. 131-142. Disponível em: <

- <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00131.pdf> >. Acesso em: 21 nov. 2015. (BI 4)
2. APOSTÓLICO, M. R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. São Paulo, 2012, vol. 20, n.2, p. 266-273. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015. (SC 4)
 3. ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, 2012, vol.17, n.9, p. 2305-2317. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>>. Acesso em: 12 out 2015. (SC 20)
 4. BANNWART, T. H.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. Paul. Pediatr.** [online]. São Paulo, 2011, v. 29, n.2, p. 138-145. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n2/a02v29n2.pdf>>. Acesso em : 12 out 2015. (SC 9)
 5. BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. Recife, 2012, vol.12, n.3, p. 307-318. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a10v12n3.pdf>>. Acesso em: 14 out 2015 (SC 30)
 6. BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, 2008, v. 24, n.2, p. 323-332. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/10.pdf>> Acesso em: 14 out 2015 (BI 17)
 7. BOURROUL, M. L. M.; REA, M. F.; BOTAZZO, C. Residentes de pediatria diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Interface (Botucatu)** [online]. São Paulo, 2008, vol.12, n.27, p. 737-748. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a05v1227.pdf>> Acesso em: 16 out 2015. (SC 26)
 8. BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jul. 1990.
 9. BRASIL Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 26 out. 2001.
 10. BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003.
 11. BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 25 nov. 2003.
 12. BRASIL. Decreto nº 5099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10778, de 24 de

novembro de 2003 e institui os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 04 jun. 2004.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília, DF, 2013.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: **“Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, DF, 1998.
15. BRASIL. Portaria nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 2006.
16. BRASIL. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011.
17. BRASIL. Portaria nº 1271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jun. 2014.
18. BRASIL. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 fev. 2016.
19. CAMPOS, M. A. M. R.; SCHOR, N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. **Saúde Soc.** [online], São Paulo, 2008, v.17, n.3, p. 190-200. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/19.pdf> > Acesso em 17 out. 2015 (SC 36)
20. CECILIO, L. P. P. et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiologia Serv. Saúde** [online], São Paulo, 2012, v.21, n.2, p. 293-304. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a12.pdf> > Acesso em: 17 out. 2015 (BI 15)
21. COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2007, v.12, n.5, p. 1129-1141. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/04.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015 (BI 12)
22. DESLANDES, S. F.; MENDES, C. H. F.; LUZ, E. S. Análise de desempenho de sistema

- de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2014, v.19, n.3, p. 865-874. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00865.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015 (SC 2)
23. DESLANDES, S. F; SOUZA, E. R. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 6, p. 2775-2786. (PUB 5)
 24. DESLANDES, S. F et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro 2011, v.27, n.8, p. 1633-1645. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/18.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015. (SC 14)
 25. DESLANDES, S. F; MENDES, C. H. F.; PINTO, L. W. Proposição de um índice do enfrentamento governamental à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, aug. 2015 v. 31, n. 8, p. 1709-1720. (SC 39)
 26. EGRY, E. Y. et al. Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 2015, v. 49, n. 4, p. 0556-0563. (SC 37)
 27. FONSECA, R. M. G. S. et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paul. Enferm.** [online]. 2012, v.25, n.6, p. 895-901. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a11.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015 (SC 25)
 28. FRANZIN, L. C. S. et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse & Neglect**. Colorado, EUA, 2014, v. 38, p.1706–1714. (BI 5)
 29. GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online]. Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n. 6, p. 1879-1890. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016. (SC 7)
 30. GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. [online]. Rio de Janeiro, 2008, v. 24, n.11, p. 2551-2563. (PUB 6)
 31. GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online], Rio de Janeiro, 2006, v.11, sup., p. 1269-1278. (BI 1)
 32. GOMES, P. N. et al. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 v. 22, n. 4, p. 477-481. (BI 6)
 33. GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SILVA, M. J. K.; MENEZES, V. A. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, set. /dez. 2008, v. 8, n. 3, p. 301-307. (BI 8)

34. HOHENDORFF, J. V. et al. Documentary Analysis of Cases of Sexual Violence Against Boys Reported in Porto Alegre. **Paidéia**, Ribeirão Preto, [online]. 2014, v. 24, n. 58, p. 187-196. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v24n58/1982-4327-paideia-24-58-0187.pdf>>. Acesso em : 20 out. 2015 (SC 10)
35. JUSTINO, L. C. L. et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], Porto Alegre, 2011, v. 32, n. 4, p. 781-787. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a20.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015. (BI 16)
36. KIND, L. C. S. et al. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, 2013, v. 29, n. 9, p. 1805-1815. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015 (SC 29)
37. KURY, C. M. H. et al. Implantação de um centro na área das violências doméstica e sexual em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 2009-2012. **Epidemiologia Serv. Saúde**. Brasília, 2015, v. 24, n. 4, p. 771-776. (SC 27)
38. LIMA, J. S., DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface**, Botucatu, [online]. 2011, v.15, n.38, p. 819-832. . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop4111.pdf>> Acesso em: 20 out. 2015 (SC 1)
39. LIMA, J. S., DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde Soc.** [online], 2015, v.24, n.2, p. 661-673. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00661.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016 (SC 21)
40. LIMA, M. C. C. S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil, **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, 2011, v. 35, supl. 1, p. 118-137 jan/jun. (BI 3)
41. LIMA, M. L. C. et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciências Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 6, p. 2677-2686. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a06v15n6.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015 (SC 3)
42. LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, 2012, v. 28, n.9, p. 1749-1758. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a13.pdf>>. Acesso em 21 out. 2015 (SC 6)
43. LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 2, p. 481-491. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a25.pdf>>. Acesso em 22 out. 2015 (SC 19)

44. LUNA, G. L. M. et al. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: o discurso oficial e a práxis. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. 2010, v.18, n. 1, p. 148-152. Jan/mar. (BI 10)
45. MARTINS, C. B. G.; JORGE, M H. P. M. Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análises dos casos notificados em município do Paraná, Brasil. **Revista de Pediatria**. 2009, v. 31, n. 3, p.186-197. (B 9)
46. MARTINS, C. B. G.; JORGE, M H. P. M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [online], Brasília, 2009, v.18, n.4, p. 315-334. Disponível em < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a02.pdf> >. Acesso em: 22 out. 2015. (BI 2)
47. MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2012, v.17, n.9, p. 2331-2341. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf> . Acesso em 23 out 2015. (SC 31)
48. MELLO, A. L. S. F.; MOYSES, S. J. Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 6, p. 2709-2718. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a09v15n6.pdf> >. Acesso em: 23 out. 2015. (PUB 3)
49. MEYER, D. E. E. Reproduzindo relações de poder de gênero e de classe no ensino de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online], Brasília, 1992, v. 45, n. 1, p. 89-89. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/101469> >. Acesso em: 23 out. 2015.
50. MEYER, D. E. E. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Rev. Bras. de Enferm.** v. 59, 2006. p. 95-99.
51. MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v.14, n.5, 2009. p.1641-1649. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/02.pdf> >. Acesso em 25 out. 2015. (PUB 7)
52. MONTEIRO, F. O. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. **Serv. Soc. Soc.** [online], São Paulo, n. 103, 2010 .p. 476-502. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n103/a05n103.pdf> >. Acesso em 23 out. 2015. (SC 22)
53. MOREIRA, G. A. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.** [online], São Paulo, 2013, v. 31, n. 2, p. 223-230. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/14.pdf> >. Acesso em: 25 out 2015. (SC 15)
54. MOURA, A. T. M. S. de; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-

- tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2008, v. 24, n. 12, p. 2926-2936. (SC 8)
55. OLIVEIRA, M. T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], São Paulo, 2012, v.15, n.1, pp. 166-178. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/15.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015. (SC 35)
56. OLIVEIRA, S. M. et al. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013; v. 21 n. esp 1, p.594-599, dez. (BI 11)
57. ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100 p.
58. PARAIBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306, Jun. (SC 40)
59. PFEIFFER, L.; ROSARIO, N. A.; CAT, M. N. L. Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. **Rev. Paul. Pediatr.** [online], São Paulo, 2011, v. 29, n. 4, p. 477-482. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/02.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015. (SC 32)
60. PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000 – 2014. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n. 6, p. 1681-1692. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1681.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2016. (SC 12)
61. RATES, S. S. M.; MELO, E. M.; MASCARENHAS, M. D. M. MALTA, D. C. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n.3, p. 655-665. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00655.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015. (BI 13)
62. RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v.15, n.6, p. 2729-2740. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a11v15n6.pdf>>. Acesso em 27 out.2015. (PUB 1)
63. RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; VALADARES, F. C. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, 2012, v. 17, n.5, p.1167-1177. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a11v17n5.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015. (PUB 4)
64. RODRIGUES, G. S. et al. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2008, v.13, n.1, p. 111-120. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/15.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015. (PUB 2)
65. ROMANOWSKI, J.P.; ENS, R.T. As pesquisas denominadas do tipo “Estado da Arte” em

- Educação. **Revista Diálogo Educacional**. Curitiba, v.6, n. 19, set. / dez. 2006.
66. ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 2, abr. / jun. 2007, p. 5-6
 67. SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, 2007, v.41, n.3, p. 472-477. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf> >. Acesso em: 23 out. 2015. (SC 34)
 68. SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, 2007, v.11, n. 1, p. 83-89, jan. /dez.
 69. SANTOS, E. R. et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v.15, n.6, p. 2741-2752. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a12v15n6.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015. (SC 5)
 70. SARAIVA, R. J. et al. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Cienc. Enferm.** [online], Concepción, Chile, 2012, v.18, n.1, p. 17-27. Disponível em:< http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_03.pdf >. Acesso em: 30 out. 2015. (SC 24)
 71. SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2015, 284 p.
 72. SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica: do visível ao invisível. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [online], São Paulo, 2007, v. 15, n. 2, p. 275-281. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015 (BI 14)
 73. SILVA, P. A. et al. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. **Av. Enferm.** [online], Bogotá, Colômbia, 2015, v.33, n.1, p. 142-150. Disponível em:< <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a16.pdf> >. Acesso em 5 jan. 2016. (SC 18)
 74. SILVEIRA, R. E.; IWAMOTO, H. H.; MORANZI, S. S. C. Estatísticas Epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro. **CuidArte Enfermagem**, Catanduva/SP, 2009, v. 3, n. 1, p. 21-25. (BI 7)
 75. SOUSA, M. H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], São Paulo, 2015, v.18, n.1, p. 94-107. Epub Mar 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015. (SC 23)
 76. SOUZA, C. S. et al. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a

- notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online], Rio de Janeiro, 2013, v.19, n.3, p. 773-784. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00773.pdf> >. Acesso em: 23 out. 2015. (SC 17)
77. SOUZA, C. S et al. Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], São Paulo, 2015, v.18, n.1, p. 80-93. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00080.pdf> >. Acesso em: 21 fev. 2016. (SC 28)
78. VALENTE, L. A. et al. Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in a Southern Brazilian Metropolis. **Braz. Dent. J** [online], Ribeirão Preto, 2015, v. 26, n.1, p. 55-60. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/bdj/v26n1/0103-6440-bdj-26-01-00055.pdf> >. Acesso em 05 jan. 2016. (SC 11)
79. VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2013, v.18, n.5, p. 1263-1272. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2015. (SC 16)
80. VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, 2013, v.21, n.4, p. 920-927. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0920.pdf >. Acesso em: 12 dez. 2015.(SC 13)
81. VIEIRA, L. J. E. S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3407-3416, nov. 2015/fev. 2016. (SC 38)
82. ZAMBON, M. P. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], São Paulo. 2012, v. 58, n.4, p. 465-471. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a18.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2015). (SC 33)

CAPÍTULO 2

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM EM UBERLÂNDIA/MG

Resumo:

A violência e, particularmente, a notificação, se traduzem num problema teórico e prático para a área da saúde. O despreparo/desconhecimento dos profissionais é recorrentemente apresentado como fator que interfere na decisão de notificar e resulta na subnotificação da violência. Neste artigo focamos nosso olhar para os profissionais de enfermagem e discutimos a relação entre a notificação dos casos de violência e o preparo dos enfermeiros de equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em Uberlândia, Minas Gerais. Trata-se de estudo transversal e descritivo desenvolvido com metodologia qualitativa e quantitativa. Participaram do estudo 51 profissionais. O instrumento para coleta de dados foi questionário estruturado e auto aplicado com questões referentes ao perfil sociodemográfico, aos processos formativos e ações de notificação da violência na unidade de saúde. O estudo evidenciou uma interdependência entre formação, seja no âmbito da graduação, pós-graduação e/ou educação permanente, com as condições requeridas para o atendimento de vítimas de violência e para a notificação. O denominado despreparo dos profissionais oculta descompassos entre as mudanças empreendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a academia. A relação entre o despreparo e a ausência de formação/capacitação na temática pode ser identificada como contribuição do presente estudo. De modo mais amplo, a pesquisa aponta desafios para a efetivação da vigilância em saúde na atenção básica. Dado o papel de liderança nas equipes e o contato intenso com a comunidade, os profissionais de enfermagem são sujeitos essenciais para a ampliação da notificação da violência e para a produção acadêmica.

Palavras-chave: notificação compulsória, violência, atenção primária à saúde

1. Introdução

Este artigo deriva de uma inquietação surgida durante o desenvolvimento de pesquisa de mestrado, que incluiu uma revisão sistemática da literatura, na qual foi identificado que o despreparo/desconhecimento dos profissionais de saúde é recorrentemente apresentado como fator que interfere na decisão de notificar e resulta na subnotificação da violência. Essa revisão apontou, também, para a significativa participação da enfermagem na produção sobre esse tema. Do total de 64 artigos identificados, o primeiro autor de 22 deles era graduado em enfermagem, o que pode indicar que essa questão é relevante para a área. Somente 11 artigos tiveram como cenário de pesquisa a atenção básica, embora seja notória sua importância para a coordenação do cuidado e estruturação do sistema de saúde, sendo essa a justificativa para escolha do cenário de pesquisa.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no Brasil e reorientação do modelo de atenção à saúde. Como principal porta de entrada do SUS busca promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (BRASIL, 2012).

Buscando aliar os princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde, a ESF traz como características o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência do cuidado, a coordenação e orientação do cuidado à família e à comunidade (STARFIELD, 2002). Essas características compunham, desde 1997, as diretrizes operacionais da ESF (BRASIL, 1997) visando a efetivação de um cuidado ampliado e compartilhado em saúde para além das questões biológicas, compreendendo o contexto de vida e os determinantes sociais de saúde como elementos importantes na e da prática em saúde (CAMPOS; GUERRERO, 2008).

Nesse sentido, Souza (2007) ressalta que a ESF, a partir dessas diretrizes, tem a possibilidade de promoção da equidade, da justiça social e diminuição das iniquidades em saúde, atuando como um elemento efetivador dos princípios do SUS. Essa perspectiva de ação é considerada pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Essa reorientação do processo de trabalho está intimamente relacionada às práticas de cuidado na ESF as quais se iniciam com um diagnóstico da saúde da comunidade, que resulta em um planejamento e programação de ações de saúde locais, pautadas em uma abordagem multiprofissional, intersetorial e articulada com outros serviços de atenção à saúde. O monitoramento e avaliação constantes pela equipe e pela comunidade, por meio da participação social (BRASIL, 1997), contribui também para a ampliação da possibilidade de os sujeitos serem autônomos e participativos no processo de saúde-adoecimento-cuidado (BRASIL, 2012).

A atuação multiprofissional da equipe, composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, busca, além de atender às demandas apresentadas pelas famílias em seu contexto territorial, desenvolver ações de vigilância em saúde. No caso específico da violência, implica em identificar aspectos culturais, sociais, ambientais, econômicos e relacionais que contribuem para as situações de violências, possibilitando a detecção e a prevenção de novos casos.

A ESF tem posição privilegiada na reorientação do modelo de atenção e para a efetivação da vigilância em saúde. Este estudo elegeu dentre os integrantes das equipes, o enfer-

meiro por seu destaque na coordenação do cuidado na ESF:

As discussões em torno da atuação dos profissionais da saúde no SUS convergem para o reconhecimento de que o enfermeiro é o interlocutor e o principal agente catalisador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF que requer um envolvimento efetivo com as reais necessidades de saúde das famílias e comunidades (BACKES et al., 2012. p. 227).

No entanto, a despeito desse reconhecimento da posição ocupada pelo enfermeiro na ESF e de a literatura consultada indicar maior participação, como primeiro autor, de pesquisadores da área da enfermagem preocupados com a questão da notificação da violência, apenas 11 artigos identificados na revisão sistemática de literatura tiveram a Atenção Básica como espaço de investigação (OLIVEIRA et al., 2013; SILVA; FERRIANI, 2007; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA et al., 2013; BARALDI et al., 2012; GOMES et al., 2014; RODRIGUES et al., 2008; LIMA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; KIND et al., 2013). Desse universo, apenas 07 tiveram como investigador principal um pesquisador cuja graduação se deu na área da Enfermagem (OLIVEIRA et al., 2013; SILVA; FERRIANI, 2007; LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA et al., 2013; BARALDI, 2012; GOMES et al., 2014; RODRIGUES et al., 2008).

O presente artigo objetiva compreender as possíveis articulações entre a formação dos enfermeiros e a notificação compulsória de violência nas equipes da Estratégia da Saúde da Família em Uberlândia, Minas Gerais.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal e descritivo desenvolvido com metodologias qualitativa e quantitativa. O universo inicial do estudo foi composto pelas 72 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que estavam efetivamente implantadas no município de Uberlândia/MG em dezembro de 2015 (MS/SAS/DAB e IBGE/dez/2016). A coleta de dados ocorreu no período de abril a dezembro de 2016 e envolveu enfermeiros que integravam, a pelo menos 6 meses, as equipes e que estavam registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em dezembro de 2015. Foram excluídos profissionais em período de férias ou licença e aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento. O universo de pesquisa foi constituído por 51 profissionais da enfermagem. Como instrumento de coleta foi utilizado questionário semiestruturado com 40 (quarenta) questões fechadas e 15 (quinze) questões abertas, auto aplicado, construído para identificar a presença da temática da violência e a notificação compulsória entre profissionais graduados em enfermagem e que faziam parte da equipe da ESF. A questão aberta, analisada neste artigo, investigou as razões que dificultavam

o preenchimento da ficha de notificação compulsória pelos profissionais da ESF e foi analisada utilizando as ferramentas da análise do discurso (FOUCAULT, 1999).

A realização da pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O questionário foi respondido de forma individual, sigilosa, recebendo um código numérico e entregue em envelope lacrado. No processamento dos dados foi utilizado o programa Windows/Excel 2016[®] e empregadas operações da estatística descritiva.

3. Resultados

3.1. Notificação Compulsória da Violência

Entende-se por Notificação Compulsória (NC) a comunicação oficial às autoridades sanitárias sobre a ocorrência de uma doença ou agravo à saúde para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes, sendo obrigatória a todos os profissionais de saúde e aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de saúde e de ensino. A NC constitui importante instrumento dos serviços de vigilância em Saúde Pública, subsidiando a construção de estratégias para melhorar o conhecimento do comportamento de doenças e agravos em saúde na comunidade, assim definidos pelo Ministério da Saúde (MS):

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos (Portaria MS/GM nº 204 de 2016).

Em relação à NC da violência, a primeira normativa foi o Decreto-Lei nº 5.099/2004, que atendia às diretrizes estabelecidas na Lei nº 10.778/2003, referente à notificação compulsória para os casos de violência contra mulheres. Posteriormente, passou a constar no Estatuto do Idosos através da redação dada pela Lei nº 12461/2011:

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 104/2011, reafirmou a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e inseriu a violência como agravo na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória no Anexo 1, item 45, nomeada como violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

A Portaria nº 1271/2014, definiu que a NC deve ser realizada em caráter imediato (até

24h) nos casos de violência sexual e tentativa de suicídio e de notificação semanal para violência doméstica e/outra violência.

A Portaria nº 204/2016, redefiniu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, não havendo alteração no que tange à Notificação de Violências Interpessoal/Autoprovocada.

A NC da violência possui breve trajetória e representa um desafio para os trabalhadores das diversas instituições. Implica em mudanças nos processos formativos no âmbito da graduação, da pós-graduação e, também, da educação permanente. Os participantes do estudo evidenciam os impasses e descompassos na incorporação da temática da violência, da NC e da atenção à vítima de violência nas unidades de saúde como será visto nos itens seguintes.

3.2. Perfil sociodemográfico e processos formativos

Na Tabela 5 podemos observar que 96,08% dos 51 profissionais que participaram do estudo são mulheres; 66,67% têm idades entre 26 e 35 anos. É possível observar também que 80,35% dos enfermeiros têm entre 6 a 15 anos de formados. Quanto à instituição de formação, 70,59% dos profissionais graduaram-se em universidades privadas. Quando perguntados sobre o tempo de atuação nas equipes da ESF, 74,51% responderam estar inseridos há menos de 10 anos.

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que atuam na ESF Uberlândia, Uberlândia /MG, 2017

Variáveis sociodemográficas	Enfermeiros (n=51)	
	N	%
Sexo		
Feminino	49	96,08
Masculino	2	3,92
Faixa etária		
26-30	11	21,57
31-35	23	45,10
36-40	9	17,65
41-45	4	7,84
46-50	3	5,88
56-60	1	1,96
Tem filhos		
Sim	27	52,94
Não	24	47,06
Tempo de formado		
0 – 5	6	11,76
6 – 10	27	52,94
11 – 15	15	29,41

Variáveis sociodemográficas	Enfermeiros (n=51)	
	N	%
16 – 20	2	3,92
> 20	1	1,96
Instituição onde cursou graduação		
Pública	15	29,41
Privada	36	70,59
Tempo de atuação na ESF		
0 – 5	20	39,22
6 – 10	18	35,29
11 – 15	11	21,57
16 – 20	1	1,96
Não respondeu	1	1,96
Tempo de atuação em ESF de Uberlândia		
0 – 5	32	62,75
6 – 10	13	25,49
11 – 15	5	9,80
Não respondeu	1	1,96
Pós-graduação em Saúde Coletiva*		
Sim	37	72,55
Não	12	23,53
Não respondeu	2	3,92
Pós-graduação em outra área		
Sim	35	68,63
Não	16	31,37

Fonte: Elaboração pelas autoras

*Inclusão de áreas afins como Saúde Pública e Saúde da Família

No que diz respeito à pós-graduação *latu sensu*/residência, 72,5% dos enfermeiros possuem formação na área da Saúde Coletiva; desse total, 64,9% possuem uma segunda pós-graduação. Os detentores de pós-graduação em outra área correspondem a 68,6%. Desses, 17,1% fizeram pós-graduação em áreas que privilegiam segmentos específicos: 50% em saúde da mulher; 17% em saúde da criança; 33% em saúde do idoso.

Tabela 6 – Distribuição do número e proporção de enfermeiros, segundo ano de conclusão de curso de graduação, experiência formativa e prática em notificação de violência, Uberlândia/MG, 2017

Variáveis	Ano de conclusão do curso de graduação					
	Até 2005		2006 a 2009		2010 a 2013	
	n=18		n=27		n=6	
	n	%	N	%	n	%
Durante graduação/formação posterior, a atenção a pessoas vítima de violência integrou os conteúdos abordados em sala de aula						
Sim	4	7,8	10	19,6	2	3,9
Não	6	11,8	8	15,7	3	5,9
Não me lembro	7	13,7	8	15,7	1	2,0
Sem informação*	1	2,0	1	2,0	0	0,0
Total	18	35,3	27	52,9	6	11,8
Durante graduação/formação posterior, recebeu informações sobre NCV**						
Sim	4	7,8	9	17,6	2	3,9
Não	10	19,6	10	19,6	4	7,8
Não me lembro	4	7,8	8	15,7	-	-
Total	18	35,3	27	52,9	6	11,8
Durante graduação/formação posterior, preencheu a FNV***						
Sim	5	9,8	10	19,6	1	2,0
Não	12	23,5	14	27,5	5	9,8
Não lembro	1	2,0	3	5,9	-	-
Total	18	35,3	27	52,9	6	11,8
Durante graduação/formação posterior, atendeu alguma pessoa vítima de violência						
Sim	11	21,6	15	29,4	3	5,9
Não	6	11,8	11	21,6	3	5,9
Não me lembro	1	2,0	1	2,0	-	-
Total	18	35,3	27	52,9	6	11,8

Fonte: Elaboração pelas autoras

*Sem informação – nº de respostas em branco e ignoradas

**Notificação Compulsória da Violência

***Ficha de Notificação das Violências

Em relação ao tema da violência ter sido abordado em algum momento da graduação ou formação posterior: 31,3% informaram ter tido contato com o tema; 33,4% informaram não ter tido contato com o tema; 31,4% não se lembravam. Interessa observar que, somadas as respostas não e não me lembro, temos um total de 64,7% dos participantes. Se considerarmos apenas os participantes que concluíram a graduação entre os anos de 2010 a 2013, 66,7% deles estão nessa categoria.

Por sua vez, o aprendizado sobre a notificação compulsória da violência em contexto de formação foi indicado por 29,3%, 47,0% relataram que não foi abordado e 23,5% não se lembravam. Assim como ocorre em relação ao tema violência, temos uma quantidade significativa de participantes quando somamos aqueles que disseram não e não me lembro, compondo um total de 70,5%. Entre os enfermeiros formados após 2006, 66,7% negam ter recebido ou não se lembram de ter recebido informações sobre o tema durante a graduação e/ou formação posterior.

Essa ausência é reiterada pela negativa ou pouco significado da experiência de preenchimento da ficha de notificação compulsória durante o período de graduação/formação posterior, que inclui os 60,8% que disseram não e os 7,8% que não se lembravam.

Quando questionados sobre o atendimento à vítima de violência durante período de graduação e formação posterior, 56,9% disseram ter atendido alguma vítima de violência, 39,3% não atenderam e 4,0% não se lembravam. Os participantes foram inqueridos a avaliar se estavam preparados para lidar com as vítimas de violência quando ingressaram no serviço, e 58,8% responderam que não, 25,5% consideraram estar, 11,8% não sabiam e 3,9% não responderam, conforme podemos observar na Tabela 7.

Em relação a ter participado de treinamento/capacitação no serviço sobre o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória da Violência (FNCV), 45,1% afirmaram não ter recebido treinamento/capacitação, 15,7% não se lembravam e 39,2% dos participantes responderam afirmativamente.

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros/ano de admissão na ESF em relação a estar preparado para lidar com vítimas de violência e se recebeu treinamento/capacitação após ingresso no serviço, Uberlândia/MG, 2017

Nº de enfermeiros/ ano de admissão	Preparado para lidar com vítima de violência						Recebeu treinamento/capacitação após ingresso no serviço						
	Sim	%	Não	%	Não lembro	%	Sim	%	Não	%	Não me lembro	%	
2004	2	-	0,0	1	2,0	1	2,0	-	0,0	1	2,0	1	2,0
2005	3	2	3,9	1	2,0	-	0,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0
2006	1	-	0,0	1	2,0	-	0,0	1	2,0	-	0,0	-	0,0
2007	6	1	2,0	5	9,8	-	0,0	3	5,9	1	2,0	2	3,9
2008	4	1	2,0	2	3,9	1	2,0	2	3,9	1	2,0	1	2,0
2010	3	-	0,0	3	5,9	-	0,0	1	2,0	2	3,9	-	0,0
2011	1	-	0,0	1	2,0	-	0,0	-	0,0	1	2,0	-	0,0
2012	4	1	2,0	2	3,9	1	2,0	2	3,9	2	3,9	-	0,0
2013	3	2	3,9	1	2,0	-	0,0	2	3,9	-	0,0	1	2,0
2014	20	5	9,8	11	21,6	4	7,8	6	11,8	13	25,5	1	2,0
2015	3	1	2,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0
2016	1	-	0,0	1	2,0	-	0,0	1	2,0	-	0,0	-	0,0
Total	13		25,5	30	58,8	8	15,7	20	39,2	23	45,1	8	15,7

Fonte: Elaboração pelas autoras

O atendimento de casos de violência na unidade de saúde foi indicado por 66,7% dos participantes. Desses atendimentos, 76,5%, o que equivale a 26, foram realizados pelo enfermeiro, conforme apresentado na Tabela 8:

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao atendimento de casos de violência na Unidade de Saúde, Uberlândia/MG, 2017

Nº de enfermeiros/ ano de admissão	Atendimento dos casos de violência na Unidade de Saúde						
	Sim	%	Não	%	Não sei	%	
2004	2	1	2,0	1	2,0	-	-
2005	3	2	3,9	1	2,0	-	-
2006	1	1	2,0	-	-	-	-
2007	6	4	7,8	2	3,9	-	-
2008	4	3	5,9	1	2,0	-	-
2010	3	1	2,0	1	2,0	1	2,0
2011	1	1	2,0	-	-	-	-
2012	4	2	3,9	2	3,9	-	-
2013	3	3	5,9	-	-	-	-
2014	20	15	29,4	5	9,8	-	-
2015	3	1	2,0	1	2,0	1	2,0
2016	1	-	-	-	-	1	2,0
Total		34	66,7	14	27,5	3	5,9

Fonte: Elaboração pelas autoras

Dos 26 participantes que informaram ter atendido alguma pessoa vítima de violência após sua admissão no serviço, 12 responderam ter recebido capacitação, 10 responderam que não e 04 não se lembravam.

Em relação ao conteúdo sobre violência ter sido abordado na graduação ou formação posterior, dos 26 participantes, 10 responderam que sim, 05 responderam que não, 10 não se lembravam e 01 não respondeu. Quanto ao conteúdo da notificação compulsória da violência ter sido abordado durante a graduação ou formação posterior, 10 responderam que sim, 11 responderam que não e 5 não se lembravam, conforme Figura 4, abaixo:

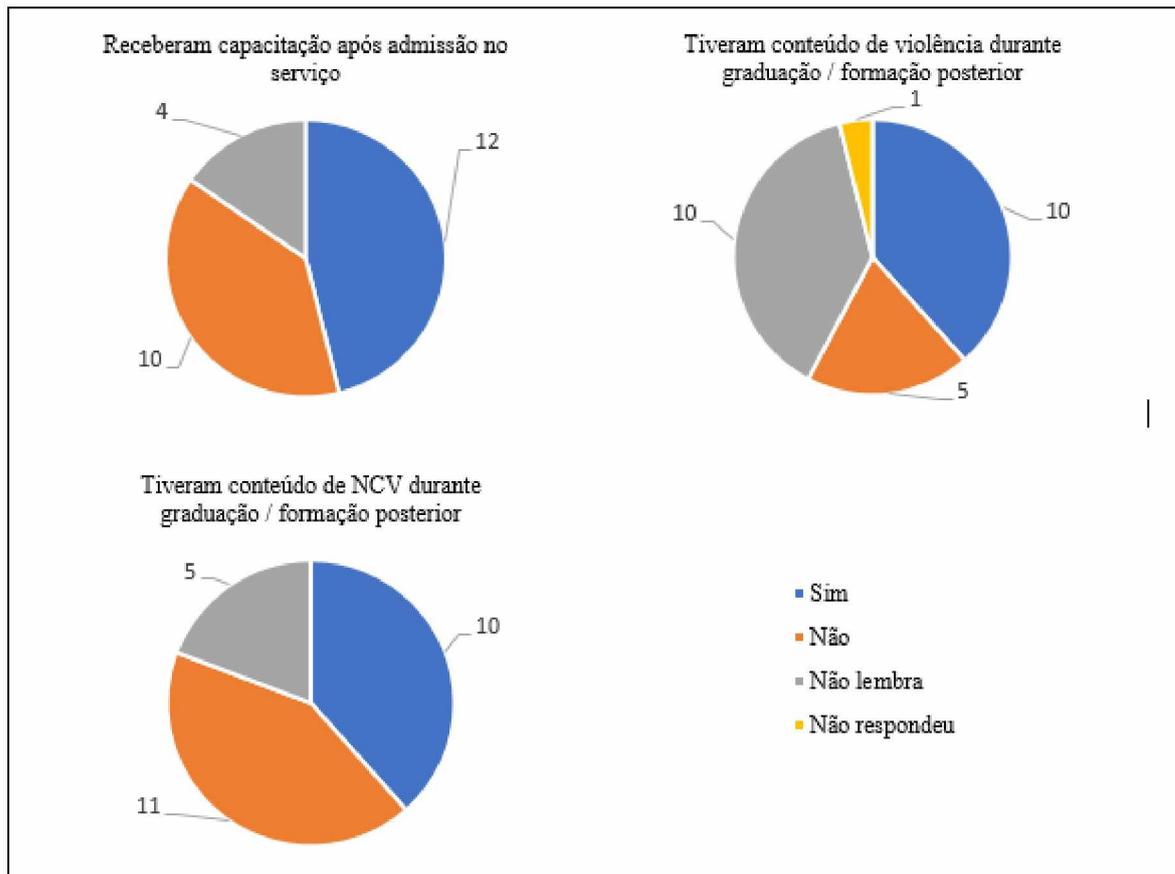


Figura 4 – Distribuição dos enfermeiros que atenderam vítimas de violência em relação à capacitação após admissão na ESF e durante graduação/formação posterior, Uberlândia/MG, 2017

Fonte: Elaboração pelas autoras.

Dentre os 12 participantes que responderam que o conteúdo de violência foi abordado na graduação e formação posterior, 05 afirmaram que receberam capacitação após admissão no serviço. Em relação ao conteúdo da notificação compulsória da violência, 04 afirmaram que receberam capacitação após admissão no serviço.

Quando perguntados se estavam preparados para atender as vítimas de violência, 09 consideravam estar preparados para o atendimento, 14 responderam que não estavam preparados, 02 responderam que não sabiam e 01 não respondeu. Dos 9 que informaram que estão preparados para o atendimento a vítimas de violência, 05 informaram ter visto o conteúdo de violência na graduação ou formação posterior e 05 informaram ter recebido informação sobre a notificação compulsória de violência, sendo que 03 responderam positivamente aos dois questionamentos.

Entre os 9 que afirmaram ter se percebido preparado para atender vítimas de violência, 07 afirmaram que participaram de capacitação após admissão no serviço. Entre os 14 que não

se consideravam preparados para o atendimento a vítimas de violência, 04 tiveram o conteúdo abordado na graduação ou formação posterior, 05 tiveram o conteúdo de notificação compulsória da violência abordado na graduação ou formação posterior. Somente 1 participante respondeu positivamente aos dois quesitos. Dos 14 que afirmaram não ter ingressado no serviço preparado, 05 afirmaram ter recebido capacitação após ingresso no serviço.

Na questão aberta que investigou as razões que dificultavam o preenchimento da ficha de notificação compulsória pelos profissionais da ESF, os argumentos enunciados pelos participantes são o medo, o despreparo e a falta de tempo. As respostas foram diretas, compostas por frases curtas, se resumiam em poucas palavras a “medo da reação da família”, “medo de vingança do agressor” “medo de retaliação pelo agressor”, “medo da vítima não confirmar o fato após a notificação”, “acúmulo de serviço de modo que nem sempre é possível preencher a ficha”, “falta de tempo, ficha extensa, campos confusos, falta de entendimento da necessidade da tal ficha”, “elevada demanda nas unidades” e “falta de conhecimento sobre a necessidade do preenchimento”.

3.3. Formação, Notificação Compulsória e Atenção às vítimas de Violência

Assim como identificado na revisão sistemática da literatura (CROVATO, 2017), a presença das mulheres marca o campo da enfermagem no município onde realizamos o estudo (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010, LOPES; LEAL, 2005). A relação entre a temática da violência e o campo da Saúde Coletiva foi também discutida em trabalho anterior (CROVATO, 2017). Cabe, neste momento, destacar a participação da Saúde Coletiva na formação posterior dos enfermeiros que atuam na ESF (BACKES et al., 2012).

A preparação dos profissionais da enfermagem para a notificação dos casos da violência constituiu o problema central dessa investigação. Os resultados demonstram que, embora a maior parte dos participantes tenham sido formada após a implantação do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes em 2006, quando houve a possibilidade de operacionalização da Lei nº 10778/ 2003, regulamentada pelo Decreto Nº 5099/2004, isto parece não ter afetado o currículo da graduação e de pós-graduação cursado pelos participantes (CORDEIRO et al., 2015; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

Quando observamos as respostas negativas sobre terem sido abordados conteúdos sobre violência e notificação compulsória, percebemos que a ausência é maior quando se trata da notificação compulsória.

O despreparo dos profissionais para lidar com a atenção às vítimas da violência é tema

recorrente da literatura (SILVA; FERRIANI, 2007; OLIVEIRA et al., 2012; MASCARENHAS et al., 2012), e particularmente sobre o despreparo dos enfermeiros, temos o trabalho coordenado por Oliveira (2013). Dessa forma, entendemos que o despreparo suposto, os discursos descritos e a literatura encontram materialidade nos participantes dessa pesquisa.

O enfrentamento do despreparo não parece ter se dado via capacitação em serviço. A necessidade de realizar capacitação está presente em outros estudos (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; SOUSA et al., 2015).

Os resultados encontrados em Uberlândia/MG demonstram que, ainda que não se percebam preparados ou que não sejam capacitados no serviço, esses profissionais atendem as vítimas de violências. Nesse cenário de ausência de aprendizagem significativa sobre violência e notificação, a não notificação permanece como efeito colateral do despreparo (APOSTÓLICO et al., 2012; GOMES et al., 2014).

Apesar de os participantes identificarem outros fatores para justificar/explicar as dificuldades para realizar a notificação compulsória de violência, destacamos o medo, por sua recorrência na literatura (KIND et al., 2013; BOURROUL; REA; BOTAZZO, 2008; OLIVEIRA et al., 2012) e também na pesquisa.

O medo relatado de diferentes formas parece estar ancorado na responsabilização individual pelo atendimento da vítima e a consequente notificação, apontando para o desconhecimento do processo da notificação compulsória da violência e o próprio fluxo de notificação na rede de atenção a pessoas em situação de violência. O desconhecimento da própria finalidade da notificação compulsória da violência que também aparece relacionada à ideia da denúncia ao sistema de justiça (KIND, 2013).

Soma-se a isso a complexidade do fenômeno violência que demanda uma compreensão ampliada do processo saúde-doença nos territórios adscritos às equipes saúde da família e ações integrais que envolvam prevenção e promoção da saúde. Assim, a subnotificação denota desafios mais profundos para o enfrentamento das violências e atenção integral às vítimas. A complexa tessitura da atenção integral requer que arcabouço normativo, institucionalização de políticas públicas e sistemas de informação sejam incorporados como ferramentas de trabalho pelos profissionais de saúde e de outros setores. Para tanto, a (re) construção dos processos formativos e a efetivação do trabalho em rede são essenciais.

4. Conclusão

Tratar da Notificação Compulsória da Violência é também pensar na implantação das políticas públicas que visam ao enfrentamento das violências em seu conjunto. Este trabalho

centrou-se na questão do preparo dos profissionais de enfermagem de equipes saúde da família para lidar com a notificação e evidenciou uma interdependência entre formação, seja no âmbito da graduação, pós-graduação e/ou educação permanente, com as condições requeridas para o atendimento de vítimas de violência seja para a notificação.

Entendido em perspectiva histórica, o denominado despreparo dos profissionais não é uma retórica, pois sua visibilidade desestabiliza os lugares de formação em relação aos cursos de graduação, pós-graduação e aos serviços e explicita os descompassos entre as mudanças empreendidas no SUS e a academia. Decorridos doze anos das primeiras normativas relacionadas à notificação da violência, ainda se observa a falta de incorporação da temática violência, notificação e atenção integral à pessoa vítima de violência nos processos formativos.

A denúncia do despreparo dos profissionais tem sido o tema de vários estudos, no entanto, demonstrar a relação entre o despreparo e a ausência de formação/capacitação na temática pode ser identificada como a contribuição do presente estudo. De modo mais amplo, a pesquisa aponta desafios para a efetivação da vigilância em saúde na atenção básica, cuja superação pode resultar em atenção integral às vítimas de violência e avanços na prevenção. Neste contexto, dado o papel de liderança nas equipes e o contato intenso com a comunidade, os profissionais de enfermagem são sujeitos essenciais para a ampliação da notificação da violência.

Referências

1. APOSTÓLICO, M. R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. São Paulo, 2012, vol. 20, n.2, p. 266-273. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.
2. BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, 2012, v. 17, n.1, p. 223-230. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2016.
3. BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. Recife, 2012, vol.12, n.3, p. 307-318. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a10v12n3.pdf>>. Acesso em: 14 out 2015.
4. BOURROUL, M. L. M.; REA, M. F.; BOTAZZO, C. Residentes de pediatria diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Interface Botucatu** [online]. São Paulo, 2008, vol.12, n.27, p. 737-748. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a05v1227.pdf>> Acesso em: 16 out 2015.

5. BRASIL. Lei nº 12461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011; 27 jun.
6. BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2003; 25 nov.
7. BRASIL. Decreto nº 5099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10778, de 24 de novembro de 2003 e institui os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004; 04 jun.
8. BRASIL. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011; 26 jan.
9. BRASIL. Portaria nº 1271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014; 7 jun.
10. BRASIL. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016; 18 fev.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Tecnologia e Informação**, 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, DF, 2012.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma estratégia para a orientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.
14. BRASIL. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2016. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2015.
15. BRASIL. Datasus – CNES – **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Disponível em <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2015.
16. CAMPOS, G. W. S; GERREIRO, A. V. P. **Manual da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
17. CORDEIRO, K. C. C. et al. Formação profissional e notificação da violência contra a

mulher. **Revista Baiana de Enfermagem** [online]. Salvador, 2015, v. 29, n.3, p. 209-217. Disponível em: <
https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13029/pdf_4>. Acesso em:
 20 mar. 2016.

18. CROVATO, C. A. S. **A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Unidade Básicas de Saúde da Família em Uberlândia/MG.** 2017. Dissertação (Mestrado Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador). Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia.
19. FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas.** São Paulo: Martins Fortes, 1999.
20. GOMES, P. N. et al. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014, v. 22, n. 4, p. 477-481.
21. KIND, L. C. S. et al. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, 2013, v. 29, n. 9, p. 1805-1815. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.
22. LIMA, M. L. C. et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciências Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 6, p. 2677-2686. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a06v15n6.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015
23. LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, 2012, v. 28, n.9, p. 1749-1758. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a13.pdf>>. Acesso em 21 out. 2015
24. LOPES M. J. M; LEAL S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu** [online]. Campinas, 2005, v. 24, p. 105-125. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2015.
25. LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 2, p. 481-491. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a25.pdf>>. Acesso em 22 out. 2015.
26. MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2012, v.17, n.9, p. 2331-2341. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf> . Acesso em 23 out 2015.
27. MOREIRA, G. A. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.** [online], São Paulo, 2013, v. 31, n. 2, p. 223-230. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/14.pdf>>. Acesso em: 25 out 2015.

28. OLIVEIRA, M. T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], São Paulo, 2012, v.15, n.1, pp. 166-178. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/15.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.
29. OLIVEIRA, S. M. et al. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013; v. 21 n. esp 1, p.594-599, dez.
30. RODRIGUES, G. S. et al. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2008, v.13, n.1, p. 111-120. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/15.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.
31. STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS, 2002.
32. SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica: do visível ao invisível. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [online], São Paulo, 2007, v. 15, n. 2, p. 275-281. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015
33. SOUSA, M. F. **Saúde da família e os conceitos necessários**: programa saúde da família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.
34. SOUSA, M. H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], São Paulo, 2015, v.18, n.1, p. 94-107. Epub Mar 2015. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar da Notificação Compulsória da Violência é também pensar na implantação das políticas públicas que visam ao enfrentamento das violências em seu conjunto. Embora o número de trabalhos publicados por autores oriundos das áreas de Enfermagem e Medicina pudesse ser indicativo que também os espaços de trabalho suscitam reflexões sobre a violência, os artigos não evidenciaram a inserção dos pesquisadores na prática cotidiana. Parece haver uma distância entre quem pesquisa e quem atua nos serviços de saúde. A reiteração e naturalização do despreparo parece, no seu avesso, referendar a desobrigação dos cursos de graduação ao formar esses profissionais. Entendido em perspectiva histórica, esse despreparo dos profissionais não é uma retórica, pois sua visibilidade desestabiliza os lugares de formação em relação aos cursos de graduação, pós-graduação e aos serviços e explicita os descompassos entre as mudanças empreendidas no SUS e a academia. Decorridos doze anos das primeiras normativas relacionadas à notificação da violência, ainda se observa a falta de incorporação da temática violência, notificação e atenção integral à pessoa vítima de violência nos processos formativos. Urge interrogar os currículos oficiais sobre a incorporação da temática da violência como agravo em saúde.

REFERÊNCIAS

1. ABATH, M. B. et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. Brasília, 2014, vol.23, n.1, p. 131-142. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00131.pdf> >. Acesso em: 21 nov. 2015.
2. APOSTÓLICO, M. R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. São Paulo, 2012, vol. 20, n.2, p. 266-273. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08.pdf >. Acesso em: 12 out. 2015.
3. ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, 2012, vol.17, n.9, p. 2305-2317. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf> >. Acesso em: 12 out 2015.
4. BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, 2012, v. 17, n.1, p. 223-230. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf> >. Acesso em: 17 abr. 2016.
5. BANNWART, T. H.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev. Paul. Pediatr.** [online]. São Paulo, 2011, v. 29, n.2, p. 138-145. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n2/a02v29n2.pdf> >. Acesso em : 12 out 2015.
6. BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. Recife, 2012, vol.12, n.3, p. 307-318. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a10v12n3.pdf> >. Acesso em: 14 out 2015.
7. BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, 2008, v. 24, n.2, p. 323-332. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/10.pdf> > Acesso em: 14 out 2015 (BI 17)
8. BOURROUL, M. L. M.; REA, M. F.; BOTAZZO, C. Residentes de pediatria diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Interface (Botucatu)** [online]. São Paulo, 2008, vol.12, n.27, p. 737-748. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a05v1227.pdf> > Acesso em: 16 out 2015.
9. BRASIL. Lei nº 3688, de 03 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. Diário Oficial da União, 14 out. 1941.
10. BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jul. 1990.

11. BRASIL Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 26 out. 2001.
12. BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003.
13. BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 25 nov. 2003.
14. BRASIL. Lei nº 12461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011.
15. BRASIL. Portaria nº 2325, de 08 de dezembro de 2003. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 04 jun. 2004.
16. BRASIL. Decreto nº 5099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10778, de 24 de novembro de 2003 e institui os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 04 jun. 2004.
17. BRASIL. Portaria nº 2406, de 05 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004, 08 nov. 2004.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília, DF, 2013.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: **“Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, DF, 1998.
20. BRASIL. Portaria nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 2006.
21. BRASIL. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011.

22. BRASIL. Portaria nº 1271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jun. 2014.
23. BRASIL. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 fev. 2016.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Tecnologia e Informação**, 2016.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, DF, 2012.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma estratégia para a orientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.
27. BRASIL. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2016. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em dezembro de 2015.
28. BRASIL. Datasus – CNES – **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Disponível em <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em dezembro de 2015.
29. CAMPOS, G. W. S; GERREIRO, A. V. P. **Manual da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
30. CAMPOS, M. A. M. R.; SCHOR, N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. **Saúde Soc.** [online], São Paulo, 2008, v.17, n.3, p. 190-200. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/19.pdf> > Acesso em 17 out. 2015.
31. CAVALCANTI, L. F; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006, v. 22, n. 1, p. 31-39.
32. CECILIO, L. P. P. et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiologia Serv. Saúde** [online], São Paulo, 2012, v.21, n.2, p. 293-304. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a12.pdf>> Acesso em: 17 out. 2015.
33. COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2007, v.12, n.5, p. 1129-1141. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/04.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

34. CORDEIRO, K. C. C. et al. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem** [online]. Salvador, 2015, v. 29, n.3, p. 209-217. Disponível em: < https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13029/pdf_4>. Acesso em: 20 mar. 2016.
35. CROVATO, C. A. S. **A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Unidade Básicas de Saúde da Família em Uberlândia/MG**. 2017. Dissertação (Mestrado Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador). Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia.
36. DESLANDES, S. F.; MENDES, C. H. F.; LUZ, E. S. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2014, v.19, n.3, p. 865-874. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00865.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.
37. DESLANDES, S. F; SOUZA, E. R. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 6, p. 2775-2786.
38. DESLANDES, S. F et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro 2011, v.27, n.8, p. 1633-1645. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/18.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.
39. DESLANDES, S. F; MENDES, C. H. F.; PINTO, L. W. Proposição de um índice do enfrentamento governamental à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, aug. 2015 v. 31, n. 8, p. 1709-1720.
40. EGRY, E. Y. et al. Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 2015, v. 49, n. 4, p. 0556-0563.
41. FONSECA, R. M. G. S. et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paul. Enferm.** [online]. 2012, v.25, n.6, p. 895-901. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a11.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.
42. FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fortes, 1999.
43. FRANZIN, L. C. S. et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse & Neglect**. Colorado, EUA, 2014, v. 38, p.1706–1714.
44. GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online]. Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n. 6, p. 1879-1890. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016.
45. GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos

- em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. [online]. Rio de Janeiro, 2008, v. 24, n.11, p. 2551-2563. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/10.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2015.
46. GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online], Rio de Janeiro, 2006, v.11, sup., p. 1269-1278. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a16v11s0.pdf>>. Acesso em: out. 2015.
 47. GOMES, P. N. et al. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 v. 22, n. 4, p. 477-481.
 48. GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SILVA, M. J. K.; MENEZES, V. A. Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, set. /dez. 2008, v. 8, n. 3, p. 301-307.
 49. HOHENDORFF, J. V. et al. Documentary Analysis of Cases of Sexual Violence Against Boys Reported in Porto Alegre. **Paidéia**, Ribeirão Preto, [online]. 2014, v. 24, n. 58, p. 187-196. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v24n58/1982-4327-paideia-24-58-0187.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.
 50. JUSTINO, L. C. L. et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm**. [online], Porto Alegre, 2011, v. 32, n. 4, p. 781-787. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n4/v32n4a20.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.
 51. KIND, L. C. S. et al. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, 2013, v. 29, n. 9, p. 1805-1815. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.
 52. KURY, C. M. H. et al. Implantação de um centro na área das violências doméstica e sexual em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 2009-2012. **Epidemiologia Serv. Saúde**. Brasília, 2015, v. 24, n. 4, p. 771-776.
 53. LIMA, J. S., DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface**, Botucatu, [online]. 2011, v.15, n.38, p. 819-832. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop4111.pdf>> Acesso em: 20 out. 2015.
 54. LIMA, J. S., DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde Soc**. [online], 2015, v.24, n.2, p. 661-673. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00661.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
 55. LIMA, M. C. C. S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil, **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, 2011, v. 35, supl. 1, p. 118-137 jan/jun.
 56. LIMA, M. L. C. et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência:

- uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciências Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 6, p. 2677-2686. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a06v15n6.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2015.
57. LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, 2012, v. 28, n.9, p. 1749-1758. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a13.pdf> >. Acesso em 21 out. 2015.
58. LOPES M. J. M; LEAL S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu** [online]. Campinas, 2005, v. 24, p. 105-125. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf> >. Acesso em 21 nov. 2015.
59. LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 2, p. 481-491. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a25.pdf> >. Acesso em 22 out. 2015.
60. LUNA, G. L. M. et al. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: o discurso oficial e a práxis. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. 2010, v.18, n. 1, p. 148-152.
61. MARTINS, C. B. G.; JORGE, M H. P. M. Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análises dos casos notificados em município do Paraná, Brasil. **Revista de Pediatria**. 2009, v. 31, n. 3, p.186-197.
62. MARTINS, C. B. G.; JORGE, M H. P. M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [online], Brasília, 2009, v.18, n.4, p. 315-334. Disponível em < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a02.pdf> >. Acesso em: 22 out. 2015.
63. MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2012, v.17, n.9, p. 2331-2341. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf> . Acesso em 23 out 2015.
64. MELLO, A. L. S. F.; MOYSES, S. J. Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 6, p. 2709-2718. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a09v15n6.pdf> >. Acesso em: 23 out. 2015.
65. MEYER, D. E. E. Reproduzindo relações de poder de gênero e de classe no ensino de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online], Brasília, 1992, v. 45, n. 1, p. 89-89. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/101469> >. Acesso em: 23 out. 2015.
66. MEYER, D. E. E. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar

- sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Rev. Bras. de Enferm.** v. 59, 2006. p. 95-99.
67. MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v.14, n.5, 2009. p.1641-1649. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/02.pdf> >. Acesso em 25 out. 2015.
 68. MONTEIRO, F. O. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. **Serv. Soc. Soc.** [online], São Paulo, n. 103, 2010 .p. 476-502. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n103/a05n103.pdf> >. Acesso em 23 out. 2015.
 69. MOREIRA, G. A. et al. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.** [online], São Paulo, 2013, v. 31, n. 2, p. 223-230. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/14.pdf> >. Acesso em: 25 out 2015.
 70. MOURA, A. T. M. S. de; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2008, v. 24, n. 12, p. 2926-2936.
 71. OLIVEIRA, M. T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], São Paulo, 2012, v.15, n.1, pp. 166-178. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/15.pdf> >. Acesso em: 25 out. 2015.
 72. OLIVEIRA, S. M. et al. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013; v. 21 n. esp 1, p.594-599.
 73. ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100 p.
 74. PARAIBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306.
 75. PFEIFFER, L.; ROSARIO, N. A.; CAT, M. N. L. Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. **Rev. Paul. Pediatr.** [online], São Paulo, 2011, v. 29, n. 4, p. 477-482. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/02.pdf> >. Acesso em: 25 out. 2015.
 76. PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000 – 2014. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n. 6, p. 1681-1692. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1681.pdf> >. Acesso em: 5 jan. 2016.
 77. RATES, S. S. M.; MELO, E. M.; MASCARENHAS, M. D. M. MALTA, D. C. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. Saúde**

- coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n.3, p. 655-665. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00655.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015.
78. RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v.15, n.6, p. 2729-2740. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a11v15n6.pdf>>. Acesso em 27 out.2015.
79. RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; VALADARES, F. C. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, 2012, v. 17, n.5, p.1167-1177. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a11v17n5.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.
80. RODRIGUES, G. S. et al. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2008, v.13, n.1, p. 111-120. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/15.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.
81. ROMANOWSKI, J.P.; ENS, R.T. As pesquisas denominadas do tipo “Estado da Arte” em Educação. **Revista Diálogo Educacional**. Curitiba, v.6, n. 19, set. / dez. 2006.
82. ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 2, abr. / jun. 2007, p. 5-6
83. SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, 2007, v.41, n.3, p. 472-477. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.
84. SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, 2007, v.11, n. 1, p. 83-89.
85. SANTOS, E. R. et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2010, v.15, n.6, p. 2741-2752. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a12v15n6.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.
86. SARAIVA, R. J. et al. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Cienc. Enferm.** [online], Concepción, Chile, 2012, v.18, n.1, p. 17-27. Disponível em:< http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_03.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.
87. SCHRAIBER, L.B.; D’OLIVEIRA, A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde, **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, 1999, v. 3, n.5.
88. SCHRAIBER, L.B. et al. A violência contra mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, [online], São Paulo, 2002, v. 36, n. 4, p. 470-477. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>>. Acesso em: junho de 2015.

89. SCHRAIBER, L.B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, 2003, v. 7, n. 12, p. 41-54.
90. SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2015, 284 p.
91. SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica: do visível ao invisível. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [online], São Paulo, 2007, v. 15, n. 2, p. 275-281. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.
92. SILVA, P. A. et al. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. **Av. Enferm.** [online], Bogotá, Colômbia, 2015, v.33, n.1, p. 142-150. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a16.pdf>>. Acesso em 5 jan. 2016.
93. SILVEIRA, R. E.; IWAMOTO, H. H.; MORANZI, S. S. C. Estatísticas Epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro. **CuidArte Enfermagem**, Catanduva/SP, 2009, v. 3, n. 1, p. 21-25.
94. SOUSA, M. F. **Saúde da família e os conceitos necessários**: programa saúde da família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.
95. SOUSA, M. H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], São Paulo, 2015, v.18, n.1, p. 94-107. Epub Mar 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.
96. SOUZA, C. S. et al. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online], Rio de Janeiro, 2013, v.19, n.3, p. 773-784. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00773.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.
97. SOUZA, C. S et al. Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], São Paulo, 2015, v.18, n.1, p. 80-93. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00080.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016.
98. STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS, 2002.
99. VALENTE, L. A. et al. Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in a Southern Brazilian Metropolis. **Braz. Dent. J** [online], Ribeirão Preto, 2015, v. 26, n.1, p. 55-60. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/bdj/v26n1/0103-6440-bdj-26-01-00055.pdf>>. Acesso em 05

jan. 2016.

100. VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2013, v.18, n.5, p. 1263-1272. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2015.
101. VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, 2013, v.21, n.4, p. 920-927. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0920.pdf >. Acesso em: 12 dez. 2015.
102. VIEIRA, L. J. E. S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3407-3416, nov. 2015/fev. 2016. (SC 38)
103. ZAMBON, M. P. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], São Paulo, 2012, v. 58, n.4, p. 465-471. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a18.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2015).
104. UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Disponível em: www.uberlandia.mg.org.br.

ANEXO I

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE



DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “A Notificação Compulsória de Violência e seus impactos no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da família em Uberlândia/MG” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras **Cristina Aparecida dos Santos Crovato e Rosuíta Fratari Bonito** a realizarem a etapa de entrevista (semiestruturada como técnica de coleta de dados) com os profissionais médicos e enfermeiros das 73 Equipes de Saúde da Família (considerando que cada equipe é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde; e que os outros profissionais de nível superior, por exemplo, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta não integram todas as equipes existentes, definimos que apenas os médicos e enfermeiros integrariam nosso estudo. Justificamos esse recorte uma vez que garantiríamos uma homogeneidade de sujeitos e experiências práticas envolvidas no cuidado das UBSFs).


Roseli Aparecida Muniz
 Coordenadora de Atenção Primária à Saúde
 Coordenadora Intermunicipal de Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde

Uberlândia 40, 09, 15

ANEXO II

PARECER CEP / UFU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Notificação Compulsória de Violência e seus impactos no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família em Uberlândia/MG

Pesquisador: Rosita Fratar Bonito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49879115.7.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER:

Número do Parecer: 1.331.972

Outros	Roteiro_Entrevista.pdf	09:11:08	Bonito	Aceito
Outros	Curriculo_lattes.pdf	25/09/2015 22:34:21	Rosita Fratar Bonito	Aceito
Declaração de instituição e infraestrutura	Declaracao.pdf	25/09/2015 22:29:08	Rosita Fratar Bonito	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/09/2015 22:21:48	Rosita Fratar Bonito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 21 de Novembro de 2015

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

ANEXO III

INSTRUÇÕES PARA AUTORES: CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores

da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na lín-

gua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Pho-

toshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade.”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

ANEXO IV

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO – CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA

06/03/2017

ScholarOne Manuscripts

 Ciência & Saúde Coletiva[# Home](#)[/ Author](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2017-0556

TitleSAMBA DE UMA NOTA SÓ: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA SOBRE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE ONE NOTE
SAMBA: SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE ON COMPULSORY NOTIFICATION OF VIOLENCE IN THE HEALTH AREA**Authors**Crovato, Cristina
Bonito, Rosuila
Querino, Rosimar
Teixeira, Flavia**Date Submitted**

06-Mar-2017

ANEXO V

INSTRUÇÕES PARA AUTORES – CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));
- 1.6 – [Questões Metodológicas](#) : artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);
- 1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
- 1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

1.11 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

1.12 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

1.13 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

1.14 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

1.15 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

1.16 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

FONTES DE FINANCIAMENTO

1.17 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

1.18 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

1.19 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

CONFLITO DE INTERESSES

1.20 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

COLABORADORES

1.21 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

1.22 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

1.23 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

AGRADECIMENTOS

1.24 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

REFERÊNCIAS

1.25 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)) Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

1.26 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

1.27 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

NOMENCLATURA

1.28 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1.29 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

1.30 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

1.31 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

1.32 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

1.33 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.34 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

1.35 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.36 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

1.37 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

ENVIO DO ARTIGO

1.38 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

1.39 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

1.40 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

1.41 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

1.42 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

1.43 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).

1.44 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

1.44.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do tex-

to e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a or-

dem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

1.45 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

1.46 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

ANEXO VI

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO – CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

Novo artigo (CSP_0402/17)

De: Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br> [Adicionar contato](#) [Bloquear contato](#)

Para: cristina.crovado@terra.com.br

Enviado em: Qua 8/03/17 21:33 Recebido em: Qua 8/03/17 21:33

Anexos: [logoCSP.jpg \(18 KB\)](#);

Prezado(a) Dr(a). Cristina Aparecida dos Santos Crovato:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Notificação compulsória da violência na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas de profissionais da Enfermagem em Uberlândia/MG" (CSP_0402/17) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Marília Sá Carvalho
 Prof. Claudia Medina Coeli
 Prof. Luciana Dias de Lima
 Editoras

**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

cadernos@ensp.fiocruz.br<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa A Notificação Compulsória de Violência e seus impactos no processo de trabalho dos profissionais de saúde das Unidades Básicas da Saúde da Família em Uberlândia /MG, sob a responsabilidade dos pesquisadores Cristina Aparecida dos Santos Crovato e Rosuita Fratari Bonito.

Eu, Cristina Aparecida dos Santos Crovato, serei responsável por sua assinatura no momento da entrevista que foi agendada previamente, conforme contato anterior e sua disponibilidade.

Nesta pesquisa nos interessa compreender como os (profissionais de nível superior), médicos e enfermeiros, que integram a Equipe de Saúde da Família do município de Uberlândia se percebem diante da necessidade de notificar/atender os casos de violência.

Caso aceite participar, você responderá a um questionário, sobre a sua percepção, como integrante da Equipe de Saúde da Família, das possibilidades e entraves da Unidade para receber/atender vítimas de violência interpessoal/provocada.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados, porém, a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e/ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem apenas na possibilidade de sua identificação, porém todos os cuidados serão observados para que isso não ocorra. A sua identidade não será revelada em nenhum momento. Você será identificado utilizando um código criado aleatoriamente pela pesquisadora sem relação com o seu nome ou quaisquer outros dados seus (sem utilização das iniciais ou outros itens que poderiam identifica-lo).

Os resultados desta pesquisa poderão trazer benefícios ao sugerir estratégias para a atuação das Equipes Saúde da Família na atenção à vítima de violência, tendo como referência o contexto do município.

Você pode deixar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo, bem como retirar o consentimento aqui expresso, em qualquer etapa da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderá entrar em contato com: Cristina Aparecida dos Santos Crovato, Rosuita Fratari Bonito.

Pesquisadora: Av. Pará, 1720 - Bloco 2H Campus Umuarama 38400902 - Uberlândia, MG; Telefone: (34) 3225-8604

CEP/UFU: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4531

Uberlândia, ____ de ____ de 2016

Pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido

Participante da pesquisa

2.1.2 Qual a importância de se discutir o tema violência?

	Nada importante						Extremamente importante
Importância de discutir violência	0	1	2	3	4	5	6

2.2 Na sua opinião, os casos de violência devem ser atendidos nas UBSF?

Sim Não

2.2.1 Por quê? _____

3. AMBIENTE DE TRABALHO

3.1 Em qual Distrito Sanitário você atua?

Sul Leste Norte Oeste Centro Zona Rural

3.2 Na sua opinião, a comunidade em que atua é violenta?

Sim Não

	Não é violenta						Extremamente violenta
Grau de violência	0	1	2	3	4	5	6

3.3 Você já testemunhou algum tipo de violência nesta comunidade?

Sim Não

4. EXPERIÊNCIA COM A ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

4.1 Durante sua graduação/formação posterior, você teve a oportunidade de atender alguma pessoa vítima de violência?

Sim. Não Não me lembro

4.1.1 Em caso afirmativo, de que tipo:

- Física
- Psicológica/moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil

4.6 Você tem conhecimento do fluxo de atendimento a vítima de violência em Uberlândia?

Sim Não

4.6.1 Se sim, você poderia descrevê-lo

5. CONHECIMENTO/EXPERIÊNCIA EM RELAÇÃO À NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA

5.1 Durante sua graduação/ formação profissional, você recebeu informações/capacitações sobre a Notificação Compulsória da Violência?

Sim. Não Não me lembro

5.1.1 Em caso afirmativo, poderia fazer um breve relato sobre essa abordagem?

5.2 Durante sua graduação/formação posterior, você teve a oportunidade de preencher a Notificação Compulsória da Violência?

Sim Não Não me lembra

5.3 Após a sua admissão neste serviço, você recebeu algum treinamento/capacitação sobre como preencher a ficha de notificação compulsória?

Sim Não Não lembro

5.3.1 Em caso afirmativo, o que você recorda desta capacitação/treinamento?

5.3.2 Você considera que as informações dadas foram suficientes?

Sim Não

5.3.2a Se não, o que faltou?

5.4 Você conhece alguma lei que obrigue a notificação dos casos de violência pelos profissionais de saúde?

Sim Não

5.4.1 Você saberia dizer qual (is)?

5.5 Considerando os casos de violência atendidos na Unidade, com que frequência a ficha de notificação compulsória foi preenchida:

	Nunca					Sempre
Frequência de preenchimento da ficha de notificação compulsória nos casos de violência	0	1	2	3	4	5

6. OPINIÃO/CONHECIMENTO EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO/FLUXO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA

6.1 Em que momento a ficha de notificação compulsória de violência é preenchida?

- () Durante atendimento
 () No mesmo dia
 () Durante a semana
 () Não sei
 () Outro _____

6.2 Na sua opinião, quais razões acredita influenciar o preenchimento da ficha de notificação compulsória em casos de violência? Pode assinalar mais de uma alternativa

- () A obrigatoriedade
 () Protocolo ou rotina da Unidade
 () Ajuda a identificar o número de casos
 () Ajuda a traçar estratégias para implantar programas de prevenção da violência
 () Outras opinião, especifique

6.4 A ficha de notificação é preenchida em todos os casos?

- () Sim () Não () Não sei

6. 4.1 Se não, em quais casos ela é preenchida?

6.5 Na sua Unidade, quem preenche a ficha notificação dos casos de violência? Mais de uma alternativa pode ser marcada.

- () Médico(a).
 () Enfermeiro(a).
 () Assistente Social.
 () Psicólogo(a).

- () Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem.
 () Outro profissional, especifique: _____
 () Não sei.

6.6 Na sua opinião, a ficha de notificação traz algum benefício para as pessoas vítimas de violência:

- () Sim () Não () Não sei

6.7.1) Se sim, quais benefícios a notificação pode trazer:

- () Ajuda a identificar o número de casos de violência interpessoal/autoprovocada
 () Obter dados estatísticos
 () Ajuda a traçar estratégias para implantar programas de prevenção da violência
 () Ajuda a traçar políticas públicas
 () Ajuda para posterior acompanhamento/tratamento adequado
 () Forma de conter esse tipo de violência
 () Outra opinião, especifique: _____
 () Não sei

6.8 Na sua opinião, depois que a ficha de notificação é preenchida, qual o encaminhamento é dado a ela?

6.9 Na sua opinião, depois do atendimento na Unidade, o(a) usuário(a) é encaminhado(a) para algum outro serviço?

- () Sim () Não () Não sei

6.9.1 Se sim, qual o nome?

6.10 Na sua opinião, quais cuidados devem ser tomados para assegurar o sigilo das informações preenchidas na ficha de notificação:

- () Ficha arquivada em local específico/ sala de arquivo
 () Ficha arquivada no prontuário da paciente
 () Acesso apenas a pessoas com autorização
 () Ficha encaminhada para a Vigilância Epidemiológica
 () Outra opinião, especifique _____
 () Não sei

7. Existe algo relacionado ao tema desta pesquisa que não foi abordado no questionário, que você gostaria de comentar?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!!