



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**REBEKA BRUNIERY GOMES DE AMORIM**

**REGISTROS DE NOTIFICAÇÃO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE  
2021**

REBEKA BRUNIERY GOMES DE AMORIM

**REGISTROS DE NOTIFICAÇÃO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. M<sup>a</sup>. Renata Clemente dos Santos

**CAMPINA GRANDE  
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A524r Amorim, Rebeka Brunieri Gomes de.  
Registros de notificação de mulheres vítimas de violência do município de Campina Grande-PB [manuscrito] / Rebeka Brunieri Gomes de Amorim. - 2021.  
25 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação : Profa. Ma. Renata Clemente dos Santos ,  
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Violência contra a Mulher. 2. Saúde Pública. 3.  
Feminicídio. I. Título

21. ed. CDD 362.8

REBEKA BRUNIERY GOMES DE AMORIM

**REGISTROS DE NOTIFICAÇÃO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 13/05/2021.

**BANCA EXAMINADORA**

*Renata Clemente dos Santos.*

Professora Mestre Renata Clemente dos Santos (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Ardigleusa Alves Coêlho*

Professora Doutora Ardigleusa Alves Coêlho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Mayara Evangelista de Andrade*

Professora Especialista Mayara Evangelista de Andrade  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À Deus, que sempre me guiou e conduziu a  
minha trajetória, aos meus pais e irmã por todo  
amor, companheirismo, paciência e incentivo,  
DEDICO.

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

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5. DISCUSSÕES.....</b>	<b>18</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## REGISTROS DE NOTIFICAÇÃO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

Rebeka Brunieri Gomes de Amorim\*

### RESUMO

A violência contra a mulher é uma das principais formas de violação dos direitos humanos baseadas no gênero, podendo provocar danos individuais ou coletivos, sendo, portanto, uma questão de saúde pública. O objetivo do estudo foi determinar os registros de notificação de violência contra a mulher no município de Campina Grande-PB. Trata-se de um estudo descritivo com recorte temporal transversal, de abordagem quantitativa e documental desenvolvido de dados indiretos e online disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Selecionou-se o agravo de notificação compulsória “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” cometidas contra a mulher adulta (idade  $\geq 20$  anos), no período entre 2014-2018. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão constatou-se que foram notificados 959 casos, sendo o ano de 2016 o que apresentou maior percentual de notificações (29%). Houve maior frequência de notificação dos casos na faixa etária de 20 a 29 anos (30,2%), cor de pele parda (56,2%), os maiores registros de escolaridade foram ignorados (41,6%), o local mais recorrente para violência foi a residência (79,8%) e o agressor mais comum foi o cônjuge (24,5%). Quanto ao tipo de violência, a psicológica/moral (34,1%) e a física (23,7%) foram as predominantes, o meio de agressão mais comum foi ameaça (37,8%) seguida por força/espancamento (23,3%), a violência contra a mulher foi mais apontada como violência de repetição (61,5%) e na maioria dos casos não houve suspeita de uso de álcool por parte do agressor (43,2%). Observou-se valores significativos de incompletude da informação em relação ao encaminhamento e evolução do caso, o que prejudica a avaliação precisa dos registros de violência contra mulher no município. Mediante os achados do estudo é possível concluir que o profissional de saúde é fundamental na interrupção do ciclo da violência atentando-se aos sinais e sintomas apresentados pelas vítimas, tornam-se então primordiais as ações de vigilância epidemiológica na rotina do processo de trabalho nos serviços de saúde, com o preenchimento da ficha de notificação, a identificação precoce de vítimas e a denúncia do agressor para prevenir maiores agravos à saúde das mulheres a fim de evitar o surgimento de novos casos ou o feminicídio.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher. Saúde Pública. Feminicídio.

### ABSTRACT

Violence against women is one of the main forms of gender-based human rights violations, which can cause individual or collective harm, and is therefore a public health issue. The objective of the study was to determine the records of violence against women in the city of Campina Grande - PB. This is a descriptive study with a cross-sectional time frame, with a quantitative and documentary approach, developed from indirect and online data available in the Information System for Notifiable Diseases. Compulsory notification appeal “Domestic, sexual and / or other violence” against adult women (age  $\geq 20$  years), in the period between 2014-2018 was selected. After applying the inclusion and exclusion criteria, it was found that

---

\* Graduada no curso de Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, r.brunieri@gmail.com.

959 cases were reported, with the year 2016 having the highest percentage of notifications (29%). Among the study variables, a higher frequency of cases was identified in the age group of 20 to 29 years old (30,2%), brown skin color (56,2%), the highest schooling records were ignored (41,6%), the most recurrent place for violence was the residence (79,8%) and most common aggressor was the spouse (24,5%). As for the type of violence, psychological/moral (34,1%) and physical (23,7%) were prevalent, the most common means of aggression was a threat (37,8%) by force/beatings, violence against women was more pointed out as repetitive (61,5%) violence and in most cases there was no suspicion of use of alcohol by the abuser (43,2%). Significant values of incompleteness of information were observed in relation to the referral and evolution of the case, which undermines the accurate assessment of records of violence against women in the municipality. Based on the findings of the study, it is possible to conclude that the health professional is fundamental in interrupting the cycle of violence, paying attention to the signs and symptoms presented by the victims, therefore the actions of epidemiological surveillance in the routine of the work process in the services become paramount. health, by filling in the notification form, early identification of victims and the report of the aggressor to prevent further damage to the health of women in order to prevent the emergence of new cases or femicide.

**Keywords:** Violence Against Women. Public Health. Femicide.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é definida pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra outra pessoa, contra si próprio, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou possa resultar em lesão, privação, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou morte. A violência se configura como um grave problema de saúde pública em função de elevados números de vítimas que acarreta e pela proporção de sequelas físicas e emocionais que produz (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Trata-se como um fenômeno múltiplo e complexo correlacionado com o contexto social, a natureza dos atos violentos, as relações interpessoais e as motivações para tal, podendo causar danos não acidentais. Os atos violentos são manifestados na forma de ameaça, abuso físico, psicológico, sexual, moral, patrimonial, abandono/negligência e/ou com comportamento controlador e pode atingir qualquer indivíduo independente de faixa etária, sexo, posição social ou etnia (COELHO; SILVA; LIDNER, 2014; BATISTA *et al.*, 2018).

Por sua vez, a violência contra a mulher (VCM) constitui-se em uma das principais formas de violação dos direitos humanos por atingir os direitos à vida, à saúde, à integridade física, entre outros direitos, envolve vários aspectos e pode provocar danos, afetando a família e a sociedade. Essa forma de manifestação de ações ou condutas baseada no gênero ocorre rotineiramente no ambiente doméstico e pode resultar no feminicídio, que é o assassinato da vítima (BRASIL, 2011; ANDRADE *et al.*, 2016; MEIRA *et al.*, 2021).

Apesar da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) criar mecanismos para prevenir, coibir e punir atos de violência doméstica e familiar contra a mulher, da criação de políticas públicas, como a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher em conformidade com a Constituição Federal (art. 226, § 8º), e do atendimento qualificado por meio a Atenção Básica, em muitos casos, as mulheres em situação de violência se inibem de procurar os serviços de saúde com medo de serem revitimizadas (BRASIL, 2006; ANDRADE *et al.*, 2016).

É comum em um contexto conjugal violento ocorrerem repetidas vezes o ciclo da violência, que se apresenta em fases: a fase um, caracterizada pelo aumento da tensão e do conflito, pode durar dias ou anos e é muito provável que essa situação leve à fase dois, que consiste no ato de violência, seja ela verbal, física, psicológica, moral ou patrimonial. Nesse momento, a vítima pode tomar decisões como buscar ajuda, denunciar, pedir separação e até mesmo suicidar-se. A partir de então se inicia a fase três, do arrependimento e comportamento carinhoso, também conhecida como “lua de mel”, é quando o agressor se torna amável para conseguir a reconciliação, dessa forma, inicia-se um novo ciclo de violência. É determinante a mulher não se calar e buscar mecanismos para sair do ciclo, tendo em vista que em alguns casos, o ciclo só se encerra de forma fatal (BRASIL, 2002; INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2018).

A prevalência da VCM pode afetar mais de 60% da população feminina de um país, dados levantados de estimativas em mais de 20 países mostraram que alguns indicadores não mudaram e provocam muitas consequências como o feminicídio, doenças associadas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), gravidez indesejada, mortalidade materna, bem como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), problemas na saúde sexual e reprodutiva, transtornos mentais e suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Para o campo da saúde, uma forma de enfrentamento é a notificação compulsória desse agravo. Em 2003, a Lei nº 10.778 estabeleceu a notificação compulsória de VCM nos serviços de saúde públicos ou privados em todo o território nacional (BRASIL, 2003). A Portaria nº 1.061, de 18 de Maio de 2020 estabelece e atualiza a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública em todo o território brasileiro,

que deverá ser realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, na qual a violência está incluída como agravo de notificação compulsória (BRASIL, 2016).

É dever dos profissionais da área da saúde, em todas as esferas de atenção, comunicar a ocorrência de casos de doenças e agravos de notificação compulsória para que sejam registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Casos de violência doméstica e/ou outras violências devem ser notificados semanalmente a SMS e os casos de violência sexual ou autoprovocada, que se enquadra em notificação compulsória imediata, devem ser notificados no prazo máximo de 24 horas à Secretaria Estadual de Saúde (BRASIL, 2016).

O preenchimento adequado da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais, além de contribuir para a coleta de dados, pode desempenhar um importante papel na identificação de mulheres expostas à violência, fornecer atendimento imediato reduzindo os danos e garante apoio e encaminhamento para outros setores, incluindo serviços legais e sociais. Com a notificação compulsória é possível a elaboração, o monitoramento e a avaliação dos indicadores de VCM, para subsidiar o planejamento e a implementação de políticas e programas estratégicos de intervenção e prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; BATISTA *et al.*, 2018).

A Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), instituída pelo Ministério da Saúde em 2006, vem se fortalecendo desde a sua implantação até o presente ano, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade por tais agravos. Em 2009, a implementação da VIVA foi iniciada de forma gradativa no estado da Paraíba, pelos municípios de João Pessoa e Campina Grande, com o lançamento da Ficha de Notificação/Investigação, a não notificação pode acarretar prejuízos ao município, por se tratar de um importante indicador de saúde, pois só com os dados compartilhados é possível planejar ações que atendam às demandas específicas locais (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – PB, 2012; BRASIL, 2009).

Diante do contexto apresentado questiona-se: Como se apresentam os registros de notificação compulsória da VCM no município de Campina Grande – PB? Para responder a questão levantada, o presente estudo objetivou determinar os registros de notificação de violência contra mulher do município de Campina Grande – PB, a partir de casos notificados no Sistema de Notificação e Agravos de Notificação.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A vigilância em saúde tem por objetivo observar e analisar o estado de saúde de uma população, com a finalidade de articular um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em territórios específicos, garantindo-se a integralidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde. É subdividida em componentes: vigilância sanitária, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental e vigilância epidemiológica, que embasa o presente estudo (BRASIL, 2010).

Considerando o escopo do trabalho, a abordagem da VCM ancora-se na vigilância epidemiológica que consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes da saúde individual ou coletiva. Tem como funções a coleta, o processamento e a interpretação de dados, a investigação epidemiológica de casos e a promoção de medidas de controle indicadas. Para que a vigilância ocorra de maneira eficaz é obrigatório que todos os profissionais da saúde comuniquem a notificação, visando a adoção das medidas de controle, uma vez que a ocorrência de casos novos de uma doença, agravo ou evento precisam ser detectados e controlados ainda em seus estágios iniciais (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016).

Os indicadores de saúde são importantes para direcionar o planejamento de ações na saúde, com a finalidade de permitir mudança no cenário, conduzir ao resultado das ações propostas e permitir a criação de políticas públicas. A ferramenta instituída para o levantamento dos indicadores de VCM é a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais, que resgata: dados gerais da ocorrência; dados da pessoa atendida como idade, sexo, cor, escolaridade, ocupação e situação conjugal; dados de residência; dados da ocorrência tais como o local de ocorrência, recorrência, meio de agressão, tipo de violência; dados do provável autor ou agressor com o número de envolvidos; a relação com a pessoa atendida e suspeita de uso de álcool; quais foram as consequências detectadas em casos de violência sexual e os procedimentos indicados; a evolução do caso; e o encaminhamento para outros setores, por exemplo as delegacias (BRASIL, 2006) .

Diante da dimensão do problema da VCM, o enfrentamento requer a formação de rede conjunta de diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, assistência social, entre outros), com o intuito de desconstruir as desigualdades e combater a discriminação de gênero. Portanto, a noção de enfrentamento compreende dimensões de prevenção com ações educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas, assistência com o fortalecimento da Rede de Atendimento, capacitação de agentes públicos, enfrentamento e combate com ações punitivas e cumprimento da Lei Maria da Penha, acesso e garantia de direitos com o cumprimento da legislação, e iniciativas para o empoderamento das mulheres (BRASIL, 2011).

O conceito de Rede de Atendimento refere-se à atuação articulada entre instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, buscando comportar a complexidade da VCM e do caráter multidimensional do problema. A Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência é composta pelos seguintes serviços: Centros de Referência, que são espaços de acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania; Casas-Abrigo, que são locais seguros, sigilosos e temporários que oferecem moradia protegida à mulheres em risco de morte iminente em razão da violência doméstica; e Casas de Acolhimento Provisório, com abrigo temporário de curta duração (até 15 dias), não sigilosos, para mulheres em situação de violência acompanhadas ou não de seus filhos (BRASIL, 2011; OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA, 2016).

Outros componentes da rede são as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), que são unidades da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência que realizam ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal pautado nos direitos humanos. Em relação ao jurídico existem as Defensorias Públicas e defensorias da mulher, juizados e promotorias especializadas, que têm a finalidade de promover a ação penal nos crimes. Os serviços de saúde também compõem a rede e fornecem assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às mulheres vítimas de violência sexual, inclusive a interrupção da gravidez prevista em lei em casos de estupro (BRASIL, 2011; OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA, 2016).

Denunciar e buscar ajuda são recursos que salvam vidas, para isso existe a Central de Atendimento à Mulher, que presta uma escuta e acolhida qualificada às mulheres em situação de violência através do Ligue 180, um serviço que funciona 24 horas por dia e cuja ligação é gratuita. Esse serviço escuta e encaminha as denúncias de VCM aos órgãos competentes, e fornece informações sobre os direitos das mesmas, como os locais de atendimento mais próximos. Todas essas ferramentas são primordiais para auxiliar a mulher a sair de um meio com violência que provoca o adoecimento da vítima, representa risco à vida e viola os direitos humanos (BRASIL, 2021).

O Ministério da saúde apresenta os profissionais da saúde como protagonistas na interrupção do ciclo da violência contra a mulher por meio da vigilância aos sinais de situações suspeitas ou confirmadas elas, da notificação compulsória do agravo e de ações de direcionamentos intersetoriais do caso, bem como ações de promoção à saúde. A deficiência na identificação e notificação dos casos de VCM por parte dos profissionais pode estar relacionado à dificuldade existente na detecção dos sinais e sintomas, principalmente os psicológicos, e por não compreenderem a importância do preenchimento correto e completo da Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais (BRASIL, 1975; BRASIL, 2016).

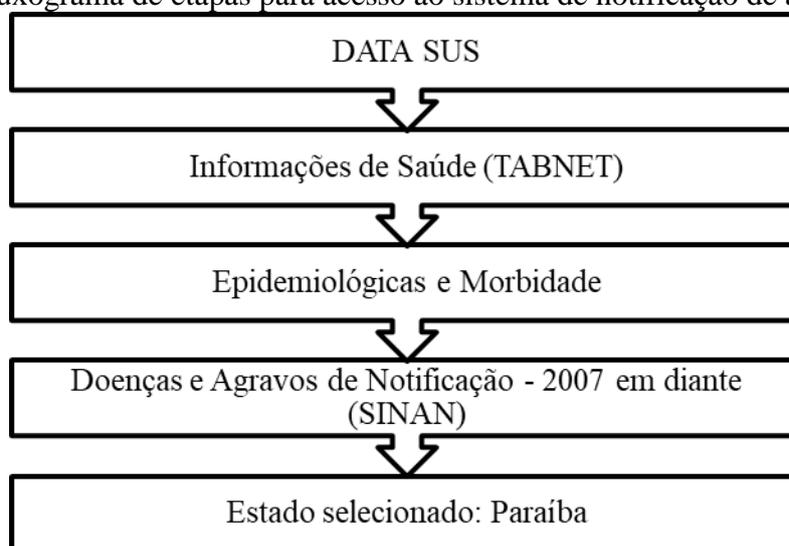
### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com recorte temporal transversal, de abordagem quantitativa e documental desenvolvido de dados indiretos e *online* disponíveis no Sistema de Notificação e Agravos de Notificação (SINAN-SET). Dentre os tipos de estudo, optou-se pelo descritivo, pois descreve a realidade de determinadas populações, estabelecendo relações entre as variáveis por meio de uma tabulação dos casos ocorridos em dado período, com o papel de dar conhecimento aos profissionais de uma determinada área ou setor seus dados demográficos e indicadores de saúde (CRUZ *et al*, 2019).

Para subsidiar a discussão realizou-se uma revisão da literatura utilizando as bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados foram “Violência contra a Mulher”, “Saúde Pública” e “Feminicídio”, em português, e “*Violence Against Women*”, “*Public Health*”, “*Femicide*”, em inglês, associados com o operador booleano “AND”. Foram utilizados artigos publicados na íntegra com disponibilidade *online*, com *open access*, no período entre 2016-2021, em português, inglês e espanhol.

Os dados foram coletados no portal do DATASUS do Ministério da Saúde, que veicula informações de saúde, subsidiando assim uma avaliação da situação de saúde e sanitária de uma região do país, sendo assim, possível tomar decisões com base nos dados fornecidos pelos municípios e estados (DATASUS, 2008). O percurso decorrido dentro do sistema seguiu o fluxograma adiante.

**Figura 1** – Fluxograma de etapas para acesso ao sistema de notificação de agravos



**Fonte:** Elaboração própria, 2021.

Para o estudo, selecionou-se o agravo de notificação compulsória “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” cometidas contra a mulher adulta (idade  $\geq 20$  anos) do município de Campina Grande - PB, no período entre 2014-2018. A escolha do período deve-se à disponibilidade dos últimos cinco anos mais recentes de casos registrados e disponibilizados SINAN-NET, coletados no portal do DATASUS. Apesar de ser um agravo à saúde que pode acarretar recidivas, neste estudo considerou-se cada notificação de VCM como um evento novo.

Os casos foram divididos por ano segundo as variáveis de análise: idade, raça/cor, escolaridade, local de ocorrência, vínculo com o (a) agressor (a), tipos de violência, meio de agressão, violência por repetição, suspeita de uso de álcool pelo agressor, encaminhamento setor saúde e evolução do caso. Os critérios de inclusão foram: os casos deveriam estar no recorte temporal supracitado, a vítima ser do sexo feminino, ter sido notificado no município de Campina Grande - PB e ser adulta ( $\geq 20$  anos) sem limitação de idade superior, e os critérios de exclusão: casos notificados fora do recorte temporal, ser do sexo masculino, notificações fora do município de Campina Grande e ser crianças ou adolescentes. A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2021.

Os dados foram exportados para a planilha do *Microsoft Office Excel*® contendo as variáveis de análise e o ano do agravo, em seguida apresentados em frequências absolutas e relativas em tabelas e gráficos. Foram consideradas as variáveis disponíveis, apesar de uma quantidade considerável de informações estarem incompletas (informação ignorada ou campo em branco) e das subnotificações de dados importantes, como o estado civil, que não constaram no sistema.

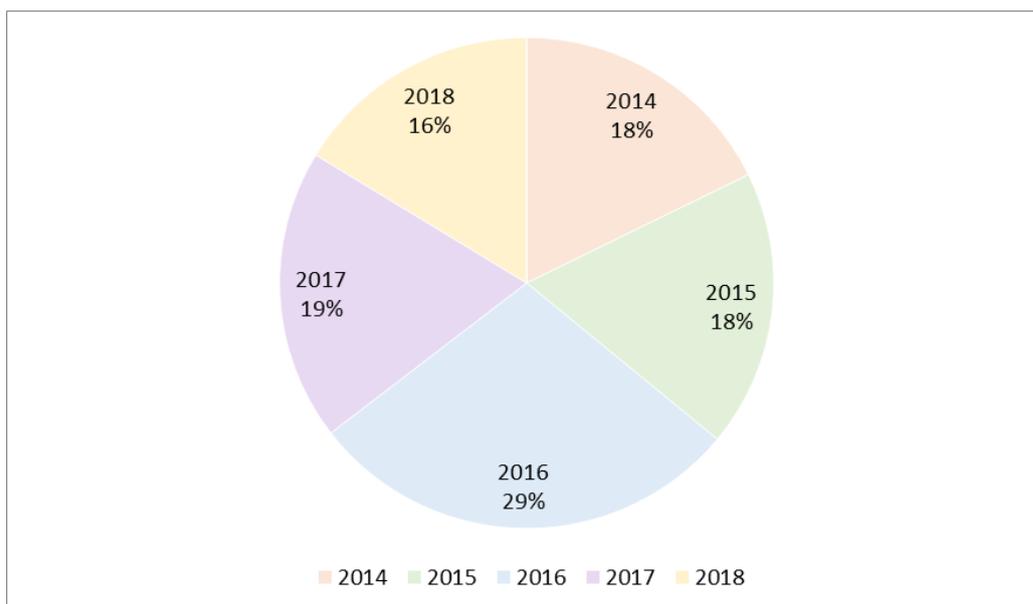
Por tratar-se de uma pesquisa que utiliza dados secundários de domínio público disponível na base de dados do Ministério da Saúde, não há impedimento legal no Brasil para a realização de pesquisas literárias, sendo assim o presente estudo não necessitou da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

#### 4. RESULTADOS

Na busca inicial dos registros de VCM, o número total de notificações realizadas no estado da Paraíba foi de 5.471 casos entre os anos de 2014 a 2018. Posteriormente, realizou-se a busca no município de Campina Grande- PB e constatou-se que foram 959 casos de VCM notificados, correspondendo 17,53% das notificações totais do estado, no mesmo intervalo de tempo.

A figura 1 abaixo demonstra a distribuição de casos de VCM de acordo com ano de notificação, observa-se maior número de notificações de casos no ano de 2016 (29%; n = 274), seguido de 2017 (19%; n =184), 2015 e 2014 com igual percentual (18%; n=175) e 2018 com menor número de notificações (16%; n=156).

**Figura 1** – Distribuição de casos de notificação de VCM por ano. Campina Grande – PB, 2021.



Fonte: SINAN-NET, 2021.

Os achados da pesquisa identificaram maior frequência absoluta de notificação de casos de VCM entre a faixa etária de 20 a 29 anos (30,2%), cor de pele parda (56,2%), prevalente nos cinco anos estudados. Os maiores indicadores de escolaridade foram ignorados (41,6%), isso se dá pela falta de preenchimento da ficha de notificação de forma correta e/ou completa.

**Tabela 1** – Notificações de VCM nos anos de 2014 a 2018 de acordo com os dados gerais da ocorrência. Campina Grande – PB, 2021.

Variável	2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Idade em anos</b>										
20 a 29 anos	41	24,12	49	28,00	97	35,40	53	28,80	50	32,05
30 a 39 anos	34	20,00	46	26,29	72	26,28	52	28,27	48	30,77
40 a 49 anos	34	20,00	34	19,43	52	18,98	35	19,02	34	21,80
50 a 59 anos	38	22,35	25	14,28	33	12,04	26	14,13	14	8,97
60 anos e mais	23	13,53	21	12,00	20	7,30	18	9,78	10	6,41
<b>Total</b>	170	100	175	100	274	100	184	100	156	100
<b>Raça/ cor</b>										
Branca	52	30,59	42	24,00	67	24,45	39	21,19	43	27,57
Preta	12	7,06	9	5,14	12	4,38	5	2,72	5	3,20
Amarela	0	-	0	-	1	0,36	0	-	0	-
Parda	85	50,00	87	49,72	160	58,40	110	59,78	97	62,18
Ignorado	21	12,35	37	21,14	34	12,41	30	16,31	11	7,05
<b>Total</b>	170	100	175	100	274	100	184	100	156	100
<b>Escolaridade</b>										
Analfabeto	4	2,35	5	2,86	10	3,65	4	2,17	3	1,92
1ª a 4ª série incomp. do EF	17	10,00	22	12,57	19	6,93	9	4,89	9	5,77

4ª série completa do EF	8	4,70	11	6,28	7	2,56	7	3,81	18	11,55
5ª a 8ª série incomp. do EF	20	11,76	22	12,57	37	13,50	13	7,06	17	10,90
Ensino Fundamental completo	3	1,77	5	2,86	9	3,28	6	3,26	8	5,13
Ensino médio incompleto	11	6,47	10	5,72	21	7,66	8	4,35	8	5,13
Ensino médio completo	23	13,54	21	12,00	47	17,16	27	14,67	26	16,66
Educação superior incompleta	7	4,12	6	3,43	7	2,56	8	4,35	5	3,20
Educação superior completa	4	2,35	6	3,43	10	3,65	7	3,81	5	3,20
Não se aplica	0	-	1	0,57	0	-	0	-	0	-
Ignorado	73	42,94	66	37,71	107	39,05	95	51,63	57	36,54
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>274</b>	<b>100</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>
<b>Local de ocorrência</b>										
Residência	140	82,35	130	74,28	223	81,39	142	77,17	130	83,34
Habitação coletiva	0	-	0	-	2	0,73	1	0,55	1	0,64
Escola	0	-	1	0,57	2	0,73	0	-	0	-
Local de prática esportiva	1	0,59	1	0,57	1	0,36	1	0,55	0	-
Bar ou Similar	2	1,19	1	0,57	0	-	2	1,09	1	0,64
Via pública	21	12,35	23	13,15	33	12,04	18	9,78	11	7,05
Comércio / Serviços	0	-	2	1,14	2	0,73	3	1,63	0	-
Outros	3	1,76	4	2,29	6	2,19	5	2,71	9	5,77
Ignorado	3	1,76	13	7,43	5	1,83	12	6,52	4	2,56
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>274</b>	<b>100</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

**Fonte:** SINAN-NET, 2021.

A residência da mulher foi o local de maior ocorrência da violência (79,8%) em todos os anos estudados (Tabela 2), o perpetrador da violência comumente é o cônjuge (24,5%) observado por maior frequência entre os anos de 2014 a 2017, merece destaque também a violência cometida pela própria pessoa (21,6%) nos anos 2015, 2017 e 2018.

**Tabela 2** – Notificações de VCM nos anos de 2014 a 2018 de acordo com a caracterização da violência. Campina Grande – PB, 2021.

Variável	2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Vínculo com o(a) agressor(a)</b>										
Pai	4	2,26	0	-	5	1,70	6	3,12	2	1,24
Mãe	2	1,13	1	0,52	0	-	1	0,52	1	0,62
Padrasto	0	-	1	0,52	0	-	0	0,0	1	0,62
Cônjuge	65	36,73	42	21,87	77	26,19	39	20,31	26	16,15
Ex-cônjuge	25	14,13	22	11,46	45	15,31	19	9,89	33	20,50
Namorado(a)	2	1,14	3	1,56	5	1,70	3	1,56	2	1,24
Ex-namorado(a)	4	2,26	4	2,09	7	2,38	1	0,52	2	1,24
Filho(a)	13	7,35	12	6,25	18	6,13	9	4,69	8	4,97
Irmão(a)	5	2,82	5	2,61	8	2,72	8	4,17	2	1,24
Amigos/ conhecidos	4	2,26	15	7,81	10	3,40	12	6,25	8	4,97
Desconhecido(a)	23	12,99	22	11,46	45	15,30	20	10,42	10	6,21
Patrão/ chefe	1	0,56	0	-	1	0,34	1	0,52	0	-
Policial	1	0,56	0	-	0	-	0	-	0	-
Própria pessoa	10	5,64	42	21,87	57	19,39	57	29,69	54	33,54
Outros	18	10,17	23	11,98	16	5,44	16	8,34	12	7,46
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100</b>	<b>192</b>	<b>100</b>	<b>294</b>	<b>100</b>	<b>192</b>	<b>100</b>	<b>161</b>	<b>100</b>
<b>Tipos de violência*</b>										
Autoprovocada	16	5,86	44	15,88	66	14,70	56	18,18	53	19,70
Financeira	5	1,83	3	1,08	13	2,89	4	1,30	8	2,97
Física	68	24,91	84	30,32	94	20,94	70	22,73	58	21,56
Negligência / Abandono	5	1,83	2	0,73	5	1,11	4	1,30	0	-
Psicológica / Moral	136	49,82	79	28,52	156	34,75	91	29,55	75	27,88
Sexual	20	7,33	22	7,94	46	10,24	28	9,09	17	6,32
Tortura	14	5,13	2	0,73	9	2,00	3	0,97	4	1,49
Outros	9	3,29	41	14,80	60	13,37	52	16,88	54	20,08
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>100</b>	<b>277</b>	<b>100</b>	<b>449</b>	<b>100</b>	<b>308</b>	<b>100</b>	<b>269</b>	<b>100</b>
<b>Meio de Agressão*</b>										
Ameaça	90	43,27	67	30,32	122	39,74	85	38,64	68	36,36
Arma de fogo	5	2,40	16	7,24	24	7,82	6	2,73	12	6,42
Enforcamento	4	1,92	0	-	4	1,30	2	0,91	4	2,14
Envenenamento	8	3,85	15	6,79	12	3,91	14	6,36	14	7,49
Força/ Espancamento	56	26,92	64	28,96	64	20,85	50	22,73	33	17,65

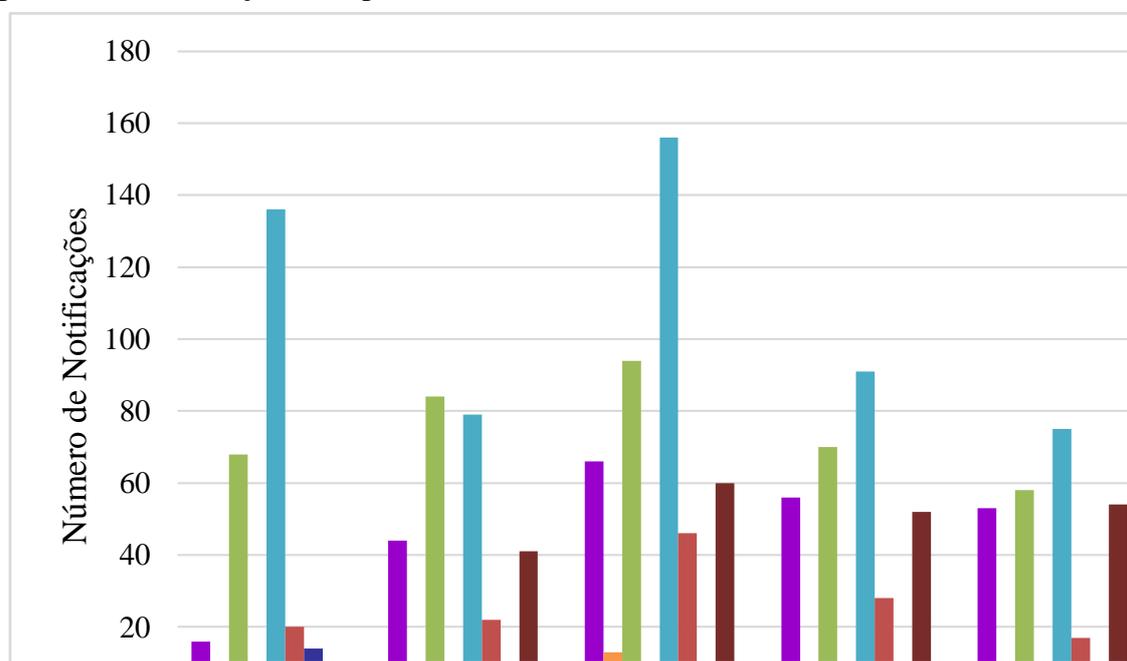
Objeto contundente	6	2,88	11	4,98	9	2,93	9	4,09	6	3,21
Objeto perfuro-cortante	7	3,36	13	5,88	11	3,58	9	4,09	9	4,81
Substância/objeto quente	1	0,49	1	0,45	2	0,65	0	-	0	-
Outros	31	14,91	34	15,38	59	19,22	45	20,45	41	21,92
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>221</b>	<b>100</b>	<b>307</b>	<b>100</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>187</b>	<b>100</b>
<b>Violência por repetição</b>										
Sim	127	74,70	98	56,00	158	57,66	104	56,52	103	66,02
Não	43	25,30	57	32,58	86	31,39	42	22,83	28	17,95
Branco	0	-	3	1,71	3	1,09	1	0,54	1	0,64
Ignorado	0	-	17	9,71	27	9,86	37	20,11	24	15,39
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>274</b>	<b>100</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>
<b>Suspeita de uso de álcool pelo agressor</b>										
Sim	76	44,71	64	36,57	87	31,76	62	33,69	52	33,33
Não	74	43,53	69	39,43	138	50,36	76	41,31	57	36,54
Branco	2	1,18	1	0,57	1	0,36	0	-	4	2,56
Ignorado	18	10,58	41	23,43	48	17,52	46	25,00	43	27,57
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>274</b>	<b>100</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>
<b>Encaminhamento setor saúde</b>										
Encaminhamento ambulatorial	110	64,71	0	-	0	-	0	-	0	-
Internação hospitalar	3	1,76	0	-	0	-	0	-	0	-
Não se aplica	4	2,35	0	-	0	-	0	-	0	-
Branco	41	24,12	175	100	274	100	184	100	156	100
Ignorado	12	7,06	0	-	0	-	0	-	0	-
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>274</b>	<b>100</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>
<b>Evolução do caso</b>										
Alta	117	68,82	0	-	0	-	0	-	0	-
Evasão / Fuga	2	1,18	0	-	0	-	0	-	0	-
Branco	38	22,35	175	100	274	100	184	100	156	100
Ignorado	13	7,65	0	-	0	-	0	-	0	-
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>274</b>	<b>100</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN-NET, 2021.

\*Alguns casos notificados sofreram mais de um tipo e meio de agressão de violência no mesmo episódio

Em relação ao tipo de violência, a psicológica/moral (34,15%) e a física (23,7%) foram as predominantes nos cinco anos estudados (Tabela 2/ Figura 2), ameaça foi o meio de agressão mais comum (37,8%), seguida por força/espancamento (23,3%) (Tabela 2/ Figura 3).

**Figura 2** – Distribuição de casos de notificação de VCM de acordo com o tipo de violência por ano de notificação. Campina Grande – PB, 2021.

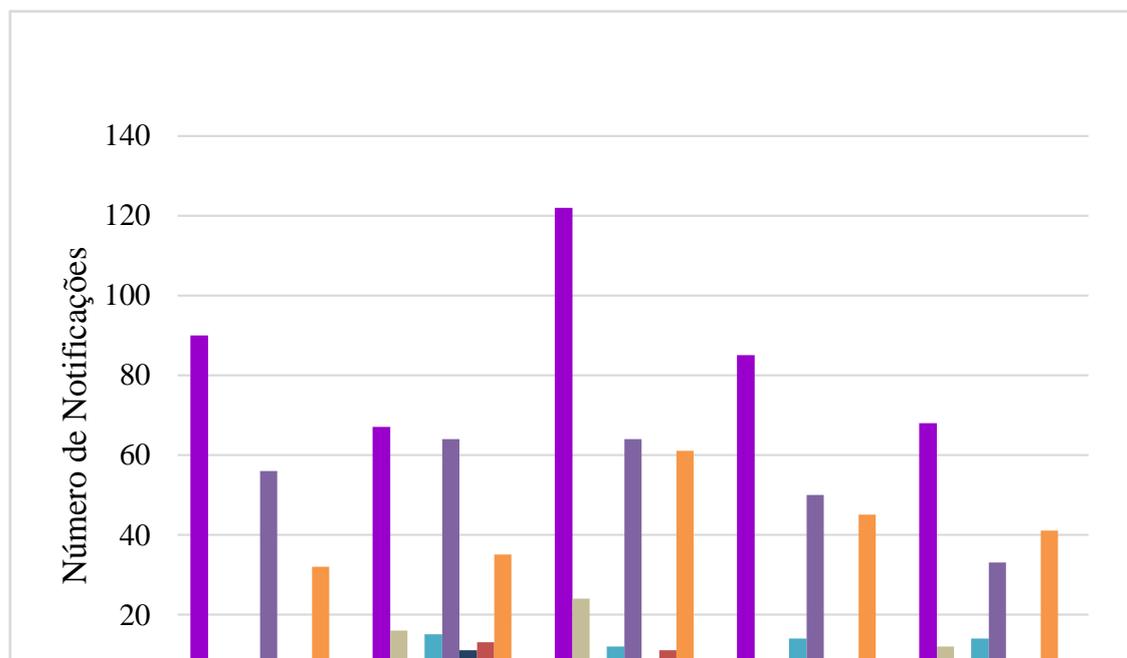


Fonte: SINAN-NET, 2021.

A VCM é apontada em 61,5% dos casos como uma violência de repetição, e em 43,2% dos casos não houve suspeita de uso de álcool por parte do agressor, nos anos de 2015 a 2018.

A análise teve limitações, visto que algumas variáveis apresentaram valores significativos de incompletude da informação (acima de 20% ignorado ou em branco), por esse motivo não foram descritas as variáveis como de encaminhamento setor saúde (87,8%) e a evolução do caso (87,6%).

**Figura 3** – Distribuição de casos de notificação de VCM de acordo com o meio de agressão por ano de notificação. Campina Grande – PB, 2021.



Fonte: SINAN-NET, 2021.

## 5. DISCUSSÕES

Estudar a VCM é uma importante forma de contribuir para diminuir a invisibilidade do fenômeno vivenciado por inúmeras mulheres em todo o país. Tem-se expandido o reconhecimento dessa questão como um problema de saúde pública, demonstrando cada vez mais a necessidade de ações intersetoriais da rede de atenção para combate ao fenômeno (DELZIOVO *et al.*, 2017).

As 959 notificações de VCM no quinquênio estudado representam apenas uma parcela dos episódios de violência, que são provenientes de um serviço de saúde, responsável em sua maioria por situações de maior gravidade do ponto de vista da assistência médica e necessidade de cuidados imediatos. Teófilo *et al* (2019) apontam que hospitais e serviços de urgência e emergência são as principais fontes de notificação de VCM por serem predominantemente a porta de entrada nos casos de violência, enquanto nas unidades de atenção primária à saúde (APS) ocorre maior subnotificações.

Observa-se no município de Campina Grande- PB um aumento no número de notificações no período de 2014 – 2016, sendo o último o ano com mais notificações registradas (29%; n = 274), seguida de uma redução apontando 2018 com o menor número de registros (16%; n=156), tendo em vista que a população campinense teve um crescimento estimado de 385.213 pessoas em 2010 para 411.807 pessoas em 2020 (IBGE, 2017), a diminuição de casos pode ser justificada pela recorrência de subnotificações.

Dentre as vítimas desse estudo, a maioria se enquadrou na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos condizente com outras pesquisas como a de Andrade *et al* (2016) e Machado *et al* (2020). Acredita-se que esse dado pode ser justificado por maior intolerância a violência de gênero por parte de mulheres adultas mais jovens, essa modificação de mentalidade pode ser produto de mudanças socioculturais do movimento feminista, da revolução sexual e dos costumes ocorridos nas de 1960 e 1970, que passaram a discutir o papel da mulher na sociedade, buscando sair do lugar de subordinação para com a figura masculina, que ao se sentir ameaçado, usa da violência para voltar a ocupar o seu papel de dominação instituído pelo sistema patriarcal (MEIRA *et al.*, 2021).

Quanto à raça/cor das vítimas, a raça parda seguida da branca autodeclarada foi a mais acometida entre as mulheres, entretanto ainda não se pode excluir a desigualdade racial presentes também nos registros de VCM, uma vez que a VCM negras passava despercebida/ignorada, potencializando assim o número subnotificações (ANDRADE *et al*, 2016). Tal fato pode ser evidenciado pelas taxas de homicídios femininos em 2018, em que as negras (soma de pretos e pardos, segundo a classificação do IBGE) representaram 75,7% das vítimas, comparativamente, entre não negros (soma de brancos, amarelos e indígenas) a taxa foi de 13,9% (KADANUS, 2020).

Apesar da dificuldade de avaliar a escolaridade devido à incompletude (41,6%) desse registro na base de dados, é de suma importância saber a escolaridade que é um forte indicador para o combate da VCM. Nessa perspectiva Andrade *et al* (2016) e Teofilo *et al* (2019) afirmaram que os baixos níveis de renda e de escolaridade podem ser um ponto comum entre as vítimas de VCM acarretando maior vulnerabilidade, contudo a violência pode ocorrer em qualquer ambiente econômico ou cultural. Em razão disso, se discute bastante a importância do empoderamento feminino, do acesso das mulheres à educação e à autonomia financeira, como medida de proteção da violência de gênero (MEIRA *et al.*, 2021).

É curioso destacar que as regiões Norte e Nordeste são macrorregiões de maior vulnerabilidade social do país, por terem raízes culturais em que a honra masculina é construída baseada na virilidade com padrões rígidos da heteronormatividade, além de ser altamente conservadora no que diz respeito aos papéis de gênero e de dominação masculina em detrimento da feminina (MEIRA *et al.*, 2021).

O agressor mais notificado no estudo foi o cônjuge, ressaltando uma relação íntima entre vítima e agressor e caracterizando também a violência doméstica como a mais recorrente entre mulheres. Andrade *et al* (2016) apontam achados semelhantes onde o perpetrador da violência é um parceiro íntimo, em virtude das relações de dominação e subordinação, coexistindo com desigualdade de direitos, deveres e privilégios sociais. O risco de agressão de uma mulher dentro de casa por parte de seu companheiro é por vezes o risco de ser agredida na rua (BRASIL, 2002). Contudo, apesar do sofrimento gerado pela violência, muitas mulheres seguem no relacionamento em razão da maternidade, com sentimento de dever e responsabilidade com a prole e temor de dissociar a família.

A residência da mulher foi o local mais recorrente para a prática da violência, por ser um espaço de privacidade e de pouca interferência de outras pessoas. Isso confirma que a VCM está muito associada à categoria de violência doméstica e conjugal, dessa maneira o problema se torna privado e o fenômeno é invisibilizado como problema social e de saúde pública. O reconhecimento da violência doméstica sofrida pela mulher, que chega ao serviço de saúde ainda é um desafio para alguns profissionais, faz-se necessária que a Lei Maria da Penha seja difundida, implementada e aplicada com a articulação da rede de defesa, proteção e assistência às vítimas (ANDRADE *et al.*, 2016; BOZZO *et al.*, 2017).

O silêncio aparece como fator determinante para o enfrentamento da violência. Na maioria das vezes, a vítima possui receio em relatar o ato violento temendo futuras punições, sente-se envergonhada, por vezes é culpabilizada pelo abuso sofrido ou recebe ameaças do agressor, esses e outros fatores contribuem para a não verbalização do ocorrido para terceiros, resultando assim na subnotificação dos casos (BATISTA *et al.*, 2018).

Quanto aos tipos de violência, a psicológica/moral foi a mais notificada, achado semelhante ao estudo de Bozzo *et al* (2017), e é tida como o início de qualquer tipo de violência. A violência psicológica é definida na Lei Maria da Penha no Art.7º como “qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique o pleno desenvolvimento, visando intimidar a mulher, degradar, humilhar, desrespeitar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões sendo igualmente ou mais prejudicial do que a violência física” (BRASIL, 2006).

A violência física ocupou o segundo lugar no percentual de notificações, geralmente é por meio dela que a mulher dá entrada nos serviços de saúde de urgência e emergência, por ofender a sua integridade ou saúde corporal, provocar lesões e com isso a necessitem de atendimento de saúde (BOZZO *et al.*, 2017). A violência autoprovocada ou autoinfligida, que é subdividida em comportamentos suicidas (ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio), e os autoabusos (autoagressões e automutilações), também se mostraram recorrentes podendo estar intimamente ligada com os problemas provenientes da violência psicológica supracitada, indicando mal-estar e sofrimento (COELHO; SILVA; LIDNER, 2014).

Foi possível verificar que muitas notificações foram preenchidas com mais de uma opção, demonstrando que a vítima sofreu mais de um tipo de violência e mais de uma forma de agressão. Quanto ao meio de agressão, foi identificado maior prevalência da ameaça seguido da força/espancamento, achado semelhante ao estudo de Teofilo *et al* (2019) e Bozzo *et al* (2017), onde mulheres já relataram ter sofrido pelo menos um episódio de insulto, humilhação, intimidação, ameaças ou até mesmo tapas, empurrões, socos, chutes, estrangulamentos entre outros.

O ciclo violento inicia-se com o aumento da tensão, nessa fase ocorrem pequenas violências como as verbais, ameaças, surtos de raivas, destruição de objetos, geralmente por ciúmes e nesses episódios as mulheres se sentem culpadas pela alteração de comportamento do agressor. Na segunda fase, de explosão ocorre o descontrole, as agressões físicas, espancamentos e os traumas, essa fase é mais curta e abre precedentes para a terceira, a “lua de mel”, que é marcada pelo arrependimento do agressor, demonstração de remorso, medo da separação e juramentos de que não haverá mais agressões. Porém com o passar do tempo as fases do ciclo vão ficando cada vez mais próximas e nem sempre permeia pelas três, sendo primordial a mulher buscar meios de apoio para quebra do ciclo (MACHADO *et al.*, 2020).

A repetição do ciclo da violência comprova que a VCM em sua maioria não ocorre em um episódio isolado e ainda assim a mulher insiste em manter o relacionamento na esperança de mudança comportamental do parceiro (a), bem como a dependência financeira e emocional criadas. Nesse sentido o estudo de Barufaldi *et al* (2017) apontou que 15,9% dos casos de mulheres assassinadas já haviam notificado a recorrência de agressões prévias, ressaltando a situação de vulnerabilidade das vítimas e a ineficácia das medidas protetivas esperadas com a notificação.

A invisibilidade do fenômeno nos serviços de saúde muitas vezes se dá por meio da preservação do modelo assistencial curativista, pautado em queixas biológicas e traumas físicos. Ocorre pela carência de formação dos profissionais para atuar em situações não físicas ou biológicas, não conseguindo assim, detectar problemas além do relatado pela mulher, ou mesmo detectando a violência o profissional não sabe como conduzir o caso por não reconhecer os equipamentos sociais que fazem parte da rede de proteção, como os Centros de Referência Especializados de Assistência Social e as DEAMs. Muitas vezes a própria mulher não consegue perceber que está vivendo uma situação de violência, em geral estando situada na primeira fase do ciclo e necessita que apoio profissional para enxergar a violência que está sofrendo (MACHADO *et al.*, 2020).

Referente ao consumo de bebida alcoólica pelo agressor, não houve suspeita de uso na maior parte dos casos notificados, contrapondo outros estudos (TEOFILO *et al.*, 2019; ANDRADE *et al.*, 2016), onde a tendência é que os casos notificados sejam a maioria, pois o uso do álcool pode desencadear o comportamento violento, assim como o uso de drogas, potencializando as agressões. Muitas vezes o agressor se utiliza da bebida para naturalizar e legitimar a violência, alegando a não responsabilização de seus atos por estarem com o nível de consciência alterado.

Quanto ao encaminhamento do caso ao setor de saúde, apenas o ano de 2014 pode ser avaliado, tendo um pouco mais da metade dos casos notificados encaminhados para

ambulatoriais, semelhante ao estudo de Andrade *et al* (2016), porém nos anos seguintes esse campo ficou como branco em todas as notificações, de maneira equivalente ocorreu com a evolução do caso, que em 2014 a maior parte evoluiu para a alta, e de 2015-2018 o campo ficou como branco, prejudicando a avaliação, pois a qualidade dos dados é um atributo importante, para uma base de dados ser de boa qualidade deve ser completa, fiel, sem duplicidades e com os campos totalmente preenchidos.

A qualidade do preenchimento dos campos nas fichas pode ser nitidamente percebida na análise das variáveis. Entre os praticamente todos os indicadores, são notáveis as escolhas das opções branco, ignorado ou o não preenchimento nos campos principais da ficha de notificação. Pode ocorrer quando o profissional de saúde deixa para preencher a ficha após o atendimento da vítima, ao fato de desconhecer ou não estar familiarizado com a ficha de notificação, fazendo com que a opção Ignorada seja escolhida para responder os campos, tornando os resultados diferentes do real (TEOFILO *et al.*, 2019).

Observa-se que o preenchimento da ficha de notificação não se constitui uma prática cotidiana do serviço de saúde. Sabendo que a notificação compulsória é obrigatória, torna-se essencial uma gestão nos serviços de saúde que busque inserir a notificação como rotina, utilizando-se de estratégias de qualificação dos profissionais que contemplem a relevância da notificação, seu processo de preenchimento e fluxo. Tais registros são imprescindíveis para o estudo do fenômeno violência, contribuindo para a melhoria da qualidade gerencial e assistencial, além de oferecerem informações ao ensino, à pesquisa epidemiológica e à defesa da vítima em processos criminais (BOZZO *et al.*, 2017).

O estudo de Leite e Fontanella (2019) ilustraram falas de entrevistados em que há confusão entre notificações policiais de ocorrência (BO) e aquelas que seriam preenchidas com finalidade de vigilância epidemiológica. A associação da ideia de “denunciar” com a de “notificar” é prevalente havendo uma tendência a pensar os registros de violência como algo exclusivamente da esfera policial, além disso, o instrumento de notificação (comunicação obrigatória de uma ocorrência sanitária, com o preenchimento de responsabilidade dos profissionais de saúde) contém perguntas que se assemelham com a denúncia (instrumento que pode dar início a uma ação penal pública), contribuindo para a confusão e/ou ocultação de informações por parte da vítima (LEITE; FONTANELLA, 2019).

## 6. CONCLUSÃO

O presente estudo foi desenhado com o objetivo de determinar os registros de notificação de violência contra mulher do município de Campina Grande – PB, a partir de casos cadastrados no SINAN. Nessa investigação percebeu-se que a problemática, violência contra a mulher, é um fato cotidiano enfrentado por inúmeras mulheres, constituindo-se como um problema de saúde pública.

A VCM foi predominante na faixa etária entre 20 e 29 anos, cor da pele parda, a violência em geral se deu na própria residência e o agressor mais recorrente foi o cônjuge. As mulheres foram vítimas principalmente da violência psicológica com ameaças, da violência física por força/espancamento e da violência autoinfligida, que também se mostrou recorrente, possivelmente ligada aos sofrimentos psicológicos. A VCM é entendida como de repetição e o uso de álcool não foi recorrente entre os agressores.

Entre as dificuldades enfrentadas, destaca-se a carência de notificações de casos de VCM, sendo este um agravo de notificação compulsória estabelecido pelo Ministério da Saúde, cujo preenchimento da notificação é de responsabilidade dos profissionais da saúde, e a incompletude de determinadas informações consideradas substanciais para a análise, pois itens ignorados e em branco comprometem a precisão, confiabilidade e qualidade dos registros e, conseqüentemente, dos estudos que os utilizam como fontes secundárias.

Espera-se que os dados do presente estudo estimulem novas pesquisas que aprofundem as razões das subnotificações de casos de violência contra a mulher. Assim como deve ser incentivada a capacitação profissional para que eles saibam como atender e identificar situações de violência, oferecer apoio, respeitar as decisões das mulheres em relação ao ocorrido, estimulando e promovendo o acesso da vítima aos serviços de saúde e de proteção contra a violência com medidas que garantam seus direitos.

Desse modo, tornam-se primordiais a educação em saúde, a incorporação das ações de vigilância epidemiológica à rotina do processo de trabalho nos serviços de saúde, com o preenchimento da ficha de notificação, a identificação precoce de vítimas e a denúncia do agressor para prevenir maiores agravos à saúde das mulheres a fim de evitar o surgimento de novos casos ou o feminicídio.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. O. *et al.* Indicadores da violência contra a mulher provenientes das notificações dos serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil 2016. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 3, n. 25, 2016.

BARUFALDI, L. A. *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 22, p. 2929-2938, 2017.

BATISTA, V. C. *et al.* Perfil das notificações sobre violência sexual. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 5, n. 12, p. 1372-1380, 2018.

BOZZO, A. C. B. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista. **Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v. 25, 2017.

BRASIL. Governo do Brasil. Rede de Assistência e Proteção Social. **Denunciar e buscar ajuda a vítimas de violência contra mulheres (Ligue 180)**. Brasília: Governo do Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/denunciar-e-buscar-ajuda-a-vitimas-de-violencia-contra-mulheres>. Acesso em: 13 Abr. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. **Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de**

**Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de notificação/ investigação individual: violência doméstica, sexual e/ou outras, violências interpessoais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. **Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. **Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na 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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencias\\_acidentes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf). Acesso em: 11 Abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço.** Cadernos de Atenção Básica Nº 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LIDNER, S. R. **Violência: definições e tipologias.** Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. UNA-SUS. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 32p.

CRUZ, P J. S. C. *et al.* Mapeamento de experiências de extensão popular nas universidades públicas brasileiras: um estudo descritivo em escala nacional. **Revista Conexão UEPG**, v. 15, n. 1, 2019.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 10 Abr. 2021.

DELZIOVO, C. R. *et al.* Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 33, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pbz/campina-grande/panorama>. Acesso em: 15 Abr. 2021.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Ciclo da violência: saiba identificar as três principais fases do ciclo e entenda como ele funciona**. Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em: 08 Abr. 2021.

KADANUS, K. Gazeta do Povo. **Estado por estado: onde os homicídios aumentaram e onde caíram**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/republica/homicidios-taxa-por-estado-atlas-da-violencia>. Acesso em: 15 Abr. 2021.

LEITE, A. C; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 41, n. 14, 2019.

MACHADO, D. F. *et al.* Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 25, p. 483-494, 2020.

MEIRA, K. C. *et al.* Efeitos temporais das estimativas de mortalidade corrigidas de homicídios femininos na Região Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 37, 2021.

OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA. **Serviços Especializados de Atendimento à Mulher**. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/acoes-contraviolencia/servicos-especializados-de-atendimento-a-mulher>. Acesso em: 12 Abr. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – PB. Gerência executiva de atenção a saúde. **Relatório – Violência contra a Mulher**. João Pessoa: Secretária de Estado da Saúde, 2012. 23p.

TEOFILO, M. M. A. *et al.* Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 4, n. 27, p. 437-447, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A OPAS/OMS apoia os 16 dias de movimento pelo fim da violência contra as mulheres**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4734:a-opas-oms-apoia-os-16-dias-de-movimento-pelo-fim-da-violencia-contras-mulheres&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4734:a-opas-oms-apoia-os-16-dias-de-movimento-pelo-fim-da-violencia-contras-mulheres&Itemid=820). Acesso em: 08 Abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quase 60% das mulheres em países das Américas sofrem violência por parte de seus parceiros**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5812:quase-60-das-mulheres-em-paises-das-americas-sofrem-violencia-por-parte-de-seus-parceiros&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5812:quase-60-das-mulheres-em-paises-das-americas-sofrem-violencia-por-parte-de-seus-parceiros&Itemid=820). Acesso em: 08 Abr. 2021.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, meu Pai amado, por ser essencial em minha vida, que iluminou o meu caminho, me deu coragem e forças para prosseguir, sem Ele eu nada poderia fazer e de nada valeria. Devo a Ele tudo o que sou, pois é o maior orientador da minha vida.

Aos maiores incentivadores das realizações dos meus sonhos, meu pai Isac, minha mãe Gilka e a minha irmã Raysla, muito obrigada. Sou grata por todo amor, carinho, dedicação e apoio, por toda palavra de motivação, por acreditarem que sou capaz e tornarem a minha caminhada mais fácil, todo seu investimento e dedicação valeram a pena.

À minha família, que sempre foi um grande suporte emocional e material em minha vida, que de uma forma ou outra estiveram presentes em todos os momentos da minha vida, me fortalecendo para prosseguir mesmo em dias de cansaço e desânimo.

Aos amigos que construí ao longo da jornada, por todos os momentos felizes, pelas palavras de afirmação, em dúvidas vocês moldaram o meu jeito de ser, me fazendo crescer e amadurecer, vocês são especiais.

Às minhas amigas da graduação, carinhosamente chamadas de “migas”, que foram meu abrigo em dias turbulentos, minha garantia do sorriso diário, minhas parceiras de estágio, de trabalhos e da vida. Em especial Adriana, que se tornou fundamental em minha vida, que se fez presente mesmo em tempos de distanciamento social, que é a maior incentivadora dos meus sonhos e que está comigo do sorriso ao choro.

À minha turma da enfermagem que me acolheu muito bem, que sempre fez questão de comemorar cada período concluído, que é um exemplo de dedicação desde a teoria à prática. Tenho orgulho de cada um, meus futuros colegas de profissão.

À minha orientadora, professora Renata Clemente, por me aceitar como sua orientanda, por todo ensinamento, carinho, cuidado, zelo, respeito, paciência e confiança. Você foi um presente de Deus para mim, com você aprendi muito, o seu empenho foi essencial para a minha motivação ao longo de toda a pesquisa e para a conclusão com êxito da mesma. Obrigada por tudo.

Às professoras Ardigleusa Coelho e Mayara Evangelista, referências na profissão, por participarem desse momento tão especial compondo a banca examinadora, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

À Universidade Estadual da Paraíba, à todos os professores do curso de Enfermagem que sempre proporcionaram um ensino de alta qualidade e que me forneceram todas as bases necessárias para a minha qualificação profissional, e aos funcionários do departamento agradeço com profunda admiração pelo vosso profissionalismo.

À todos que contribuíram direta e indiretamente na realização desse sonho, enriquecendo o meu processo de aprendizado, certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

Muito obrigada!