



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

JÚLIA MARIA FERNANDES HOLANDA

**SUBNOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MOSSORÓ, RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL**

MOSSORÓ/RN

2022

JÚLIA MARIA FERNANDES HOLANDA

**SUBNOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MOSSORÓ, RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Ciências da Saúde, Universidade Federal
Rural do Semi-Árido, como requisito para
obtenção do título de Bacharel em
Medicina.

Orientadora: Prof. Me. Jandira Arlete
Cunegundes de Freitas.

Co-orientadora: Prof. Dra. Andiara Araújo
Cunegundes de Brito.

MOSSORÓ/RN

2022

©Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tornar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

HH722 Holanda, Júlia.
s SUBNOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MOSSORÓ, RIO GRANDE
DO NORTE, BRASIL / Júlia Holanda. - 2022.
52 f. : il.

Orientadora: Jandira Freitas.
Coorientador: Andriara Brito.
Relatório (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2022.

1. Violência contra mulher. 2. Estratégia
Saúde da Família. 3. Notificação. I. Freitas,
Jandira, orient. II. Brito, Andriara, co-orient.
III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por sistema gerador automático em conformidade
com AACR2 e os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Biblioteca Campus Mossoró / Setor de Informação e Referência
Bibliotecária: Keina Cristina Santos Sousa e Silva
CRB: 15/120

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

JÚLIA MARIA FERNANDES HOLANDA

**SUBNOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MOSSORÓ, RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Ciências da Saúde, Universidade Federal
Rural do Semi-Árido, como requisito para
obtenção do título de Bacharel em
Medicina.

Defendida em: 20 / 06 / 2022.

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente

JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS

Data: 10/10/2023 12:32:41-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Me. Jandira Arlete Cunegundes de Freitas (UFERSA)
Presidente

Prof. Dra. Andiara Araújo Cunegundes de Brito (UFERSA)
Membro Examinador Interno

Isabelle Cantídio
Fernandes Diógenes

Assinado de forma digital por

Isabelle Cantídio Fernandes

Diógenes

Dados: 2022.06.25 09:06:38 -03'00'

Prof. Me. Isabelle Cantídio Fernandes Diógenes (UERN)
Membro Examinador Externo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Nossa Senhora, por me manterem de pé e persistirem em mim. Obrigada pela minha saúde, daqueles que me apoiaram e, também, de todos aqueles que nos ajudam a aprender.

Agradeço à minha família, Adriano, Fabiana, Maria Eduarda, João, Mel e Nina, pela presença, amor, incentivo e apoio incondicional, meu muito obrigada.

Agradeço aos meus professores, em especial às minhas orientadoras Jandira e Andiara, pelo conhecimento compartilhado, dedicação e paciência.

Agradeço a todos meus amigos que não me abandonaram mesmo nos instantes em que estive ausente.

Agradeço à Banca Examinadora por aceitar o convite e se dispor a discutir novas ideias, mesmo diante de todos afazeres.

Agradeço, por fim, aos profissionais da Atenção Básica por dedicarem um momento do tempo para colaborar com a pesquisa, incentivando-me.

Conhecia também uma violência praticada de forma quase invisível, que é o preconceito contra as mulheres, desrespeito que abre caminho para atos mais severos e graves contra nós. Apesar de nossas conquistas, mesmo não tendo as melhores oportunidades, ainda costumam dizer que somos inferiores, e isso continua a transparecer em comentários públicos, piadas, letras de músicas, filmes ou peças de publicidade. Dizem que somos más motoristas, que gostamos de ser agredidas, que devemos nos restringir à cozinha, à cama ou às sombras.

Maria da Penha

RESUMO

A violência contra a mulher é considerada um grave problema de saúde pública devido à sua alta incidência e pelas consequências causadas à saúde das vítimas. Problema agravado pela inexistência ou ineficácia de políticas públicas, em decorrência, entre outras causas, da subnotificação. Assim, esta pesquisa se mostra relevante pois tem como justificativa a necessidade em contornar a invisibilidade da violência contra mulher. Portanto, objetivou-se analisar a subnotificação da violência contra mulher na Estratégia Saúde da Família em Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil, incluindo os motivos que levam a essa não notificação. Trata-se de um estudo quantitativo, que possui como instrumento de pesquisa um formulário com 44 questões, aplicado em seis Unidades Básicas de Saúde para sete equipes da Estratégia Saúde da Família, somando 53 profissionais. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2021 a janeiro de 2022, posteriormente computados no Excel e analisados. Ao fim, verificou-se que a subnotificação é motivada pela complexidade do processo de notificação, falta de tempo dos profissionais, ausência de protocolo de atendimento às mulheres agredidas, desafios para uma relação de confiança entre profissional e vítima, e, principalmente, pelo medo dos profissionais em notificar.

ABSTRACT

Violence against women is considered a serious public health problem due to its high incidence and the consequences it causes to the health of victims. Problem aggravated by the inexistence or ineffectiveness of public policies, as a result, among other causes, of underreporting. Thus, this research is relevant because it is justified by the need to circumvent the invisibility of violence against women. Therefore, the objective was to analyze the underreporting of violence against women in the Family Health Strategy in Mossoró, Rio Grande do Norte, including the reasons that lead to this non-reporting. This is a quantitative study, which has as a research instrument a form with 44 questions, applied in six Basic Health Units for seven teams of the Family Health Strategy, totaling 53 professionals. Data collection took place from July 2021 to January 2022, later computed in Excel and analyzed. In the end, it was found that underreporting is motivated by the complexity of the notification process, lack of time on the part of professionals, absence of a protocol for treating battered women, challenges for a relationship of trust between professional and victim, and, above all, fear. of professionals to notify.

SUMÁRIO

Resumo	10
Introdução	11
Método	12
Resultados	14
Discussão	19
perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família	19
opinião dos profissionais sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher	19
reconhecimento dos profissionais sobre a notificação	21
identificação e subnotificação dos casos de violência contra mulher pelos profissionais	21
fatores que desencadeiam a subnotificação	23
relação de confiança entre o profissional e a vítima	24
Considerações finais	26
Referências	29
Apêndice A	31
Anexo A	37
Anexo B	40

Subnotificação de violência contra mulher na Estratégia Saúde da Família em Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil

Underreporting of violence against women in the family health strategy in Mossoró, Rio Grande do Norte, Brazil

Subregistro de la violencia contra la mujer en la estrategia de salud de la familia en Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil

Resumo

A violência contra a mulher é considerada um grave problema de saúde pública, agravado pela inexistência ou ineficácia de políticas públicas, em decorrência, entre outras causas, da subnotificação. Esta pesquisa se mostra relevante pois pode contornar a invisibilidade da violência contra mulher. Portanto, objetivou-se analisar essa subnotificação na Estratégia Saúde da Família em Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. É um estudo quantitativo, com formulário aplicado em seis Unidades Básicas de Saúde para sete equipes da Estratégia Saúde da Família, totalizando 53 profissionais. A coleta de dados ocorreu no período de julho/2021 a janeiro/2022, posteriormente computados e analisados. Verificou-se que a subnotificação é motivada pela complexidade do processo de notificação, falta de tempo dos profissionais, ausência de protocolo de atendimento às mulheres agredidas, desafios para uma relação de confiança entre profissional e vítima, e pelo medo dos profissionais em notificar.

Palavras-chave: Violência contra mulher. Estratégia Saúde da Família. Notificação.

Abstract

Violence against women is considered a serious public health problem, aggravated by the absence or ineffectiveness of public policies, as a result, among other causes, of underreporting. This research is relevant because it can circumvent the invisibility of violence against women. Therefore, the objective was to analyze this underreporting in the Family Health Strategy in Mossoró, Rio Grande do Norte, Brazil. It is a quantitative study, with a form, applied in six Basic Health Units for seven teams of the Family Health Strategy, totaling 53 professionals. Data collection took place from July/2021 to January/2022, later computed and analyzed. It was found that underreporting is motivated by the complexity of the notification process, lack of time on the part of professionals, absence of a protocol for treating battered women, challenges for a relationship of trust between professional and victim, and the fear of professionals to notify.

Keywords: Violence against women. Family Health Strategy. Notification.

Resumen

La violencia contra las mujeres es considerada un grave problema de salud pública, agravado por la ausencia o ineficacia de las políticas públicas, como consecuencia, entre otras causas, del subregistro. Esta investigación es relevante porque puede sortear la invisibilidad de la violencia contra las mujeres. Por lo tanto, el objetivo fue

analizar este subregistro en la Estrategia de Salud de la Familia en Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo, con formulario, aplicado en seis Unidades Básicas de Salud para siete equipos de la Estrategia Salud de la Familia, totalizando 53 profesionales. La recolección de datos ocurrió de julio/2021 a enero/2022, luego computados y analizados. Se constató que el subregistro está motivado por la complejidad del proceso de notificación, la falta de tiempo por parte de los profesionales, la ausencia de un protocolo de atención a la mujer maltratada, los desafíos para una relación de confianza entre profesional y víctima y el temor de los profesionales a notificar.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Estrategia de Salud de la Familia. Notificación.

Introdução

De acordo com a Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1994 – a violência contra a mulher se deve a qualquer ação que viole os direitos humanos e liberdades fundamentais, de modo a causar morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher¹.

Conforme o Boletim Epidemiológico do Rio Grande do Norte, em 2018 foram registrados 2.405 casos de violência interpessoal/autoprovocada em indivíduos do sexo feminino, bem maior que o do sexo masculino, 1.066 casos². Diante disso, a violência contra a mulher é considerada um problema complexo e de saúde pública devido à sua alta incidência e pelas consequências causadas à saúde das vítimas. Por esse motivo, requer um trabalho intersetorial, com definição de uma linha de cuidados que envolvam os diversos equipamentos e instituições sociais³.

Dentre essas instituições, os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerados como a Atenção Básica e porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), que exercem a coordenação do cuidado, possuindo uma maior responsabilidade por estarem mais próximos da comunidade e, sobretudo, das mulheres suscetíveis às situações de violência⁴.

Nesse contexto, a Atenção Básica precisa ser formada por profissionais comprometidos com a construção de vínculos e relações de confiança com os usuários, fator importantíssimo na prevenção de agravos e doenças, na promoção da saúde através de orientações direcionadas e na efetividade dos cuidados longitudinais e singulares⁴. Nesse sentido, diante de uma situação de violência

contra mulher, os profissionais da ESF devem acolher, escutar, orientar, referenciar e notificar o caso.

A notificação da violência contra a mulher, descrita na Lei nº 10.778, de 28 de novembro de 2003, é considerada de notificação compulsória e obrigatória aos médicos e demais profissionais de saúde, quando há ocorrência de suspeita ou confirmação de agressão física, sexual ou psicológica à mulher⁵.

De acordo com estudo realizado em 2007 por Schraiber et al⁶, em São Paulo, Brasil, foi identificado que 39,1% das mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) relataram ter vivido algum caso de violência na vida, porém apenas 3,8% das ocorrências foram registradas em prontuário. A partir disso, subentende-se que alguns profissionais, por diversos motivos, podem não notificar os casos³. O resultado disso é a subnotificação, que prejudica na construção de políticas públicas para essas mulheres vítimas de violência, deixando-as à mercê dessa situação⁷.

Diante desse panorama negligente em que se situam aquelas mulheres, esta pesquisa tem o intuito de contornar a invisibilidade da violência que elas enfrentam. Portanto, objetivou-se analisar a subnotificação da violência contra mulher na ESF em Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

Método

A metodologia utilizada neste trabalho contou com a classificação da pesquisa determinada por Francisco Paulo, doutor em educação. Desse modo, classifica-se de três formas: quanto à natureza, quanto à abordagem e quanto aos objetivos⁸.

Quanto à natureza, a pesquisa ocorreu de forma aplicada, em que a partir do conhecimento adquirido sobre o tema subnotificação, uma solução poderá ser sugerida para a problemática. Já quanto à abordagem, a metodologia utilizada foi a quantitativa através da aplicação de um formulário. Por fim, quanto aos objetivos, a pesquisa é descritiva, visto que busca apresentar os dados obtidos, estabelecendo relações entre esses.

Com a pretensão de compreender acerca das notificações de violência contra a mulher no âmbito da ESF, o universo da pesquisa foram as UBS do município de Mossoró/RN. A amostragem do estudo, por sua vez, foi intencional e constituída por seis UBS que contemplaram sete equipes da ESF.

As UBS selecionadas pertencem ao campo de atuação do curso de medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (Ufersa). Essas, no que lhes diz respeito, foram escolhidas por se apresentarem em regiões de vulnerabilidade e, ainda, por terem a presença da residência multiprofissional em Saúde da Família e residência médica em Medicina de Família e Comunidade, fato que auxilia na promoção do cuidado.

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2021 a janeiro de 2022, à medida que as visitas eram agendadas com o gerente da UBS. Além disso, o instrumento de escolha da pesquisa foi o formulário, contendo 44 questões, sendo 42 objetivas e 2 abertas. Esse foi respondido no local onde o profissional se sentia mais confortável. No mais, a coleta de dados também contou com observação direta não participante para análise espacial da UBS.

O formulário foi construído pelas autoras do artigo, a partir de pesquisas bibliográficas e do conhecimento prévio ao longo da participação no projeto de extensão do curso de medicina da Ufersa, denominado “Uma por todas e todas por uma”. Esse projeto tinha como objetivo a troca de conhecimento e experiência dos casos de violência contra mulher durante uma roda de conversa entre graduandos e profissionais da UBS. Para mais, a validação do instrumento ocorreu pela autora principal enquanto coletava as respostas e esclarecia dúvidas dos profissionais referente ao formulário.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram profissionais pertencentes a equipe mínima da ESF de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017⁹, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião-dentista e gerentes. Além disso, também participaram os assistentes sociais inseridos nas UBS das referidas equipes selecionadas.

Nesse contexto, os critérios de inclusão foram: (a) ser profissional da equipe mínima de saúde da família das UBS elencadas para a pesquisa; (b) os assistentes sociais inseridos nas UBS em que essas equipes se situam; (c) profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: (a) profissionais provisórios que são da equipe de residência multiprofissional em Saúde da Família e residência médica em Medicina de Família e Comunidade; (b) demais profissionais de apoio inseridos na UBS; (c) profissionais que não estão no exercício de função,

por atestado, licença médica ou férias; (d) profissionais que se ausentaram no dia agendado.

Os questionários foram respondidos em papel impresso, transcritos e tabulados em Excel. Posteriormente, os dados foram submetidos a processo de categorização à luz dos objetivos, referencial teórico, interpretação e análise dos aspectos que atravessam e condicionam o processo de notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher. Finalmente, passaram por exame quantitativo, por meio de medidas de tendência central, de dispersão e frequências absoluta e relativa. Conforme a característica das variáveis, foram usadas médias, medianas, divisão interquartílicas, análises de frequências e seus respectivos desvios padrões.

Os participantes foram identificados numericamente para garantir o anonimato. Da mesma forma as UBS, evitando ao máximo a quebra de sigilo, assegurando, por sua vez, a integridade dos participantes, não colocando-os em risco. Ademais, importa lembrar que a pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (Uern) – CAAE número 37081520.7.0000.5294 –, priorizando-se, em seu desenvolvimento, os preceitos éticos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016.

Resultados

A pesquisa contou com a participação de 53 profissionais, com estimativa de 86 profissionais a serem entrevistados, após os aspectos de inclusão e exclusão. Esses estão especificados na tabela 1.

Tabela 1: Profissionais entrevistados

Profissionais	Quantidade entrevistados
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	26 (49%)
Gerentes	6 (11,3%)
Enfermeiros	5 (9,4%)
Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)	5 (9,4%)
Técnicos de enfermagem	4 (7,6%)
Médicos	3 (5,7)

Cirurgiões Dentistas	2 (3,8%)
Assistente Social	2 (3,8%)

Fonte: Autoria própria

Os resultados apresentados tratam das categorias produzidas pelo estudo das respostas dos questionários e dos dados oriundos da observação direta não participante. Em minúcias, por meio de trabalho manual durante a leitura dos dados, dividiu-se as análises em núcleos a partir dos objetivos específicos: (a) perfil do profissional da ESF e a prática da notificação nos casos de violência contra mulher; (b) subnotificação de violência contra mulher, no âmbito das experiências pessoais e profissionais vivenciadas pela equipe; (c) percepção dos profissionais da ESF sobre a importância da notificação, comparando com o interesse em conhecer a violência contra mulher; (d) ferramentas existentes na ESF para receber a mulher vítima de violência.

Ao investigar com mais profundidade as respostas, surgiram os subtópicos: 1- Perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (tabela 2); 2- Opinião dos profissionais sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher (tabela 3); 3- Reconhecimento dos profissionais sobre a notificação (tabela 4); 4- Identificação e subnotificação dos casos de violência contra mulher pelos profissionais (tabela 5, 6 e 7); 5- Fatores que desencadeiam a subnotificação (tabela 8); e, 6- Relação de confiança entre o profissional e a vítima (tabela 9).

Tabela 2: perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Profissão	Perfil	
	quantidade	faixa etária
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	21 mulheres	30 e 60 anos
	5 homens	40 e 59 anos
Téc. de enfermagem; ASB; gerente; médico; assistente social	20 mulheres	20 e 60 anos
Cirurgião-dentista	2 homem	40 e 59 anos
Enfermeiro	3 mulheres	40 e 59 anos
	2 homens	50 e 59 anos

Fonte: Autoria própria

Tabela 3: opinião dos profissionais sobre a notificação dos casos de violência contra mulher

Afirmativa	Concorda	Discorda
“A notificação de violência contra mulher corresponde ao processo de informar o caso à vigilância em saúde do município para a tomada de ações de saúde”	32 profissionais	21 profissionais
“Os casos de violência contra mulher são de notificação compulsória, ou seja, obrigatória”	44 profissionais	9 profissionais
“Notificação é diferente de denúncia”	42 profissionais	11 profissionais
“Não é necessário a autorização da vítima para fazer a notificação”	33 profissionais	20 profissionais
“Todos os profissionais de saúde podem notificar os casos de agressão à mulher”	21 profissionais	32 profissionais
“Todos os tipos de violência devem ser notificados”	25 profissionais	28 profissionais

Fonte: Autoria própria

Tabela 4: reconhecimento dos profissionais sobre a notificação

Afirmativa	Concorda	Discorda
“Eu notifico um caso de violência contra mulher, porque a notificação é importante, facilita a promoção de políticas públicas, minimiza a invisibilidade do problema, auxilia o fluxo das redes de serviço e o protocolo precisa ser seguido”	33 profissionais	20 profissionais
“Eu notifico o caso de violência contra mulher para que sejam feitas novas políticas públicas”	39 profissionais	14 profissionais

Fonte: Autoria própria

Tabela 5: identificação e subnotificação dos casos de violência contra mulher pelos profissionais

Questões	Resposta “sim”	Resposta “não”
“Você já vivenciou algum caso de violência contra mulher na vida pessoal?”	34 profissionais	19 profissionais
“Você já vivenciou algum caso de violência contra mulher na vida profissional?”	25 profissionais	28 profissionais

Fonte: Autoria própria

Tabela 6: identificação e subnotificação dos casos de violência contra mulher pelos profissionais

Questões	Resposta “sim”	Resposta “não”	Resposta “não sei”
“As mulheres que vivem em situação de violência relatam o fato ao profissional da UBS?”	13 profissionais	37 profissionais	3 profissionais
“A maioria das mulheres que estão em situação de violência procuram a UBS com sintomas inespecíficos, como dor de cabeça, problemas digestivos, distúrbios alimentares, dor pélvica, tristeza profunda?”	34 profissionais	9 profissionais	10 profissionais

Fonte: Autoria própria

Tabela 7: identificação e subnotificação dos casos de violência contra mulher pelos profissionais

Questões	Resposta “já”	Resposta “nunca”	Resposta “sim”
“Você já identificou algum caso de violência contra mulher?”	35 profissionais	18 profissionais	-
“Se nunca identificou, saberia identificar?”	-	-	10 profissionais
“Você já notificou algum caso de violência contra mulher?”	15 profissionais	38 profissionais	-

Fonte: Autoria própria

Tabela 8: fatores que desencadeiam a subnotificação

Questões	Resposta “não”	Resposta “sim”
“Você já participou de alguma capacitação sobre violência contra mulher?”	24 profissionais	29 profissionais
“Numa situação hipotética de violência contra mulher você notifica o caso?”	20 profissionais	33 profissionais
Motivos para não notificar		
“Não sei notificar”		

“Não dá tempo notificar”		
“Não existe protocolo na minha UBS”		
“O bairro da UBS em que trabalho é violento e tenho medo”		

Fonte: Autoria própria

Tabela 9: relação de confiança entre o profissional e a vítima

Afirmativa	Discorda	Concorda	Não quis opinar
“Ao abordar uma vítima de violência devo acolher e escutá-la sem julgamentos”	-	53 profissionais	-
“Ao abordar uma mulher vítima de violência constantemente, eu a culpo por querer permanecer nessa situação”	1 profissional	45 profissionais	7 profissionais
“É papel do profissional de saúde perguntar à mulher sobre situações de violência”	4 profissionais	40 profissionais	9 profissionais
“O profissional de saúde deve confrontar a mulher se ela não admitir que está sendo vítima de violência”	36 profissionais	6 profissionais	11 profissionais
“Os profissionais devem tomar a decisão pela vítima de denunciar o caso de violência”	21 profissionais	18 profissionais	14 profissionais
“Os médicos devem somente tratar os ferimentos e não perguntar ou dar conselhos à mulher agredida”	49 profissionais	1 profissional	3 profissionais
“O profissional de saúde deve referenciar a mulher vítima de	51 profissionais	1 profissional	1 profissional

violência para as instituições que podem ajudá-la”			
--	--	--	--

Fonte: Autoria própria

Discussão

perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Conforme a tabela 2, no que diz respeito aos ACS, mais de 80% (21) eram mulheres na faixa etária de 30 a 60 anos que possuíam seis anos ou mais de experiência nesta profissão. Além disso, sendo mais da metade com ensino médio completo. Enquanto isso, os homens, em sua minoria, apresentavam-se na faixa etária de 40 a 59 anos e também possuíam seis anos ou mais de experiência nessa profissão, sendo, da mesma forma, mais da metade com ensino médio completo.

Os técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, gerentes, médicos e assistentes sociais, totalizaram 20 profissionais, sendo todos mulheres e na faixa etária de 20 a 60 anos. Enquanto que todos os cirurgiões-dentistas são do sexo masculino entre 40 e 59 anos.

Paralelo a isso, dentre os cinco enfermeiros, três são do sexo feminino, entre 40 e 59 anos. Ao mesmo tempo, os dois homens estão na faixa etária de 50 a 59 anos. Outro ponto a ser observado, é que as enfermeiras possuem mais tempo de atuação nessa profissão (16 anos ou mais), do que os enfermeiros (menos de dois anos).

opinião dos profissionais sobre a notificação dos casos de violência contra a mulher

De acordo com os dados apresentados na tabela 3, mais de 60% (32) dos profissionais que participaram da pesquisa afirmam que a notificação de violência contra mulher corresponde ao processo de “informar o caso à vigilância em saúde do município para a tomada de ações de saúde”. Ao mesmo tempo, 83% (44) entendem que esses mesmos casos de violência são de notificação compulsória, ou seja, obrigatória.

Nesse cenário, analisando as minúcias da notificação dos casos de violência contra mulher, verificou-se que 79,2% (42) dos profissionais participantes sabem que a notificação é diferente de denúncia. Enquanto que 62,3% (33) têm conhecimento que não é necessário a autorização da vítima para fazer a notificação.

Oportunamente, é relevante alertar que, segundo a Portaria nº 78, de 18 de janeiro de 2021¹⁰, os casos de agressão à mulher também devem ser comunicados à autoridade policial, quando atendida nos serviços de saúde, tanto públicos como privados.

Em sequência, mais de um terço (21) dos participantes da pesquisa afirmam que todos os profissionais - médico(a), enfermeiro(a), técnico em enfermagem, ACS, cirurgião-dentista, gerente, assistente social - podem notificar os casos de agressão à mulher, assim como é descrito na lei de notificação compulsória contra mulher - Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003⁵. Ainda nesse cenário, 15% (oito) dos profissionais marcaram somente assistentes sociais como os responsáveis pela notificação dos casos de violência contra mulher.

Ademais, também se analisou, de acordo com as impressões dos participantes, quem são os principais responsáveis pela notificação. Nesse sentido, segundo as opiniões dos 53 profissionais, o resultado obtido foi o seguinte, de acordo com *ranking*: assistentes sociais, em primeiro lugar com 48 marcações, seguido dos enfermeiros com 44 e médicos com 40. Assim, conclui-se que mesmo não tendo a presença da assistência social em todas as UBS, essa está à frente da notificação dos casos de violência contra mulher, na linha da percepção dos profissionais.

No mais, perguntou-se sobre quais tipos de violência são de notificação compulsória, e conforme análise da pesquisa, 47% (25) dos profissionais assinalam que todos os tipos de violência implicam em notificação. Em contrapartida, somente 15% (oito) entendem que apenas as violências física, psicológica e sexual, devem ser notificadas.

Importa esclarecer que, sob ponto de vista legal, a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, prevê cinco tipos de violência: física, psicológica, moral, sexual e patrimonial¹¹. No entanto, de acordo com a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, apenas a violência física, sexual e psicológica são consideradas de notificação compulsória⁵. Controvérsia que pode ser a explicação à divergência causada aos profissionais, mencionada no parágrafo

anterior.

Finalmente, quase 19% (dez) dos profissionais entrevistados incluem os tipos de agressão física, psicológica, sexual e moral, o que é compreensível, de maneira a ser difícil dissociar as violências psicológica e moral, ao passo que uma pode influenciar a outra¹².

reconhecimento dos profissionais sobre a notificação

A notificação dos casos de agressão à mulher é imprescindível para quantificar os valores epidemiológicos, conseqüentemente, para a visibilidade do problema e, por fim, para o direcionamento de políticas públicas¹³. Essa última, por sua vez, tem como objetivo a prevenção, seja primária, seja secundária, dos casos de violência dirigida à mulher.

Em uma questão do formulário foi perguntado se os profissionais notificam um caso de violência contra mulher em uma situação hipotética que venha a acontecer. A maioria, em específico 33, afirmaram que sim. As justificativas assinaladas foram: “a notificação é importante”, “facilita a promoção de políticas públicas”, “minimiza a invisibilidade do problema”, “auxilia o fluxo das redes de serviço”, “a violência contra mulher deve ser informada à vigilância de saúde” e o “protocolo deve ser seguido” (tabela 4).

Prosseguindo com a ideia anterior, na seguinte questão “eu notifico o caso de violência contra mulher para que sejam feitas novas políticas públicas”, o resultado se resumiu em: 39 profissionais concordaram, oito discordaram e seis não quiseram opinar (tabela 4). Revela-se, nesse sentido, que a maioria dos profissionais entendem a importância da notificação, não sendo esse o principal motivo da subnotificação.

identificação e subnotificação dos casos de violência contra mulher pelos profissionais

Primeiramente, foi questionado se o profissional vivenciou algum caso de violência contra mulher na vida pessoal e profissional. No que se refere a vida pessoal, foi sugerido pensar em casos de violência que tenham acontecido com mulheres amigas e do meio familiar. Com isso, assinalado na tabela 5, 34

profissionais responderam que sim, já vivenciaram algum caso na vida pessoal, e 19 não. Enquanto que na vida profissional, ou seja, quando estavam em exercício da função, 25 profissionais responderam sim, que já vivenciaram algum caso na vida profissional, e 28 não. Perante esses números, é possível afirmar que de alguma forma os profissionais têm experiências com essas circunstâncias.

Em outra questão do formulário, pergunta-se “grande parte das mulheres que vivem em situação de violência relatam o fato ao médico ou ao profissional da Unidade Básica de Saúde?”, sendo as respostas “não” por 37 profissionais, “sim” por 13 profissionais e “não sei” por três profissionais (tabela 6). Dessa forma, entende-se que a maioria dos profissionais concorda que a agressão não é relatada pela vítima. Para tanto, sabe-se que essas mulheres buscam a UBS, principalmente, devido às consequências da agressão sofrida, mas dificilmente para relatá-la aos profissionais¹⁴.

De acordo com vários estudos, as mulheres violentadas procuram as UBS com queixas inespecíficas, repetidas e crônicas, incluindo infecção urinária de repetição, dor pélvica crônica e depressão¹⁵. Outros sinais e sintomas que podem sugerir violência são: lesões e contusões de várias cores, indicando que ocorrem regularmente; problemas repetidos de saúde reprodutiva, como abortos repetidos; problemas psicológicos ou comportamentais, como transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias, comportamento suicida, distúrbios somatizantes e distúrbios alimentares¹⁶.

Sabendo-se disso, é possível confirmar que grande parte dos profissionais das UBS de Mossoró sabem identificar esses sinais. Assim, frente a assertiva “a maioria das mulheres que estão em situação de violência procuram sempre a Unidade Básica de Saúde com sintomas inespecíficos, como dor de cabeça, problemas digestivos, distúrbios alimentares, dor pélvica, tristeza profunda”, 34 profissionais concordaram, nove discordaram e dez preferiram não opinar (tabela 6).

Paralelo a esse contexto, ao questionar aos profissionais sobre já ter identificado algum caso de violência contra mulher, 18 assinalaram que nunca identificaram. Contudo, dentre esses, dez afirmaram que saberiam identificar, como já comprovado, diante da questão discutida anteriormente (tabela 7).

Partilhando da mesma ideia, 35 profissionais já identificaram algum caso de violência contra mulher. Ao mesmo tempo, 38 profissionais responderam que nunca notificaram casos de violência contra mulher (tabela 7). Assim, a partir da última

sentença, apesar de 66% (35) dos profissionais relatarem que já reconheceram uma mulher agredida, 71,7% (38) afirmam que nunca notificaram um caso de violência contra mulher. Ou seja, mesmo suspeitando da violência a notificação não acontecia. Portanto, comprova-se que a subnotificação existe. Todavia, assegura-se que o principal motivo não é pela dificuldade de identificação dos casos, visto que a maioria dos profissionais pôde provar que sabe reconhecer um caso de agressão à mulher.

fatores que desencadeiam a subnotificação

Durante a aplicação do formulário, foi proposto ao profissional pensar em uma situação hipotética de agressão contra mulher. Considerando a real vivência de cada profissão e atuação na comunidade, 20 profissionais assinalaram que não notificariam a violência (tabela 8). Ao mesmo tempo, esses deveriam assinalar os motivos pelos quais não notificariam o caso.

Um cirurgião-dentista e dois auxiliares de saúde bucal (ASB) relataram que não sabiam notificar, além disso, um desses compartilhou que o bairro da UBS em que trabalha é violento e tem medo das “facções”. A ASB usou também como justificativa a expressão “acertos de conta”, passando a entender que se notificasse os casos de violência, o agressor poderia ameaçá-la.

Um gerente relatou que não dá tempo de notificar. Apesar de nessa pesquisa termos apenas uma situação sobre a disponibilidade de tempo, outras pesquisas já existentes apontam o tempo sempre escasso nos processos de trabalho⁷.

Um enfermeiro e um técnico de enfermagem informaram como justificativa a opção “não existe protocolo na minha UBS”. Ademais, 14 ACS assinalaram que as opções “não sei como notificar”, “não existe protocolo na minha UBS”, “o bairro da UBS é violento e tenho medo”. Sobre esse último houve diversas justificativas, expressadas em seguida, que de alguma forma levavam para o medo do agressor:

“Eu em particular tenho medo de me comprometer com os usuários, tipo: ameaças, perseguição ou algum tipo de atentado” (Participante 15).

“As facções. Falta de apoio na hora da necessidade, as agredidas não tem autonomia e às vezes acaba voltando atrás” (Participante 22).

“Medo de ser vítima também, de ser identificada pelo agressor. Ter

que voltar no local” (Participante 23).

“O ACS tem um contato mais direto com a população e desenvolve seu trabalho casa a casa, por isso está em uma situação de maior vulnerabilidade em relação a um possível confronto” (Participante 26).

“Pois eu moro na minha micro-área, e tem muitos casos” (Participante 34)

“Perseguição por parte do agressor dificultando meu trabalho” (Participante 47).

O fato do profissional ter contato direto com toda a família, incluindo o agressor, dificulta a notificação. Além disso, como o profissional, principalmente ACS, está dentro da comunidade, ele tem medo de retaliação⁷. Com isso, fica nítido que a violência está presente tanto para as usuárias quanto para os profissionais.

Outra questão se refere ao processo de notificação. Atualmente a ficha de notificação contém 55 campos a serem preenchidos pelo profissional de saúde. Somando-se a isso, o documento tem como título “investigação individual”, que acaba passando ao profissional da saúde a ideia de interrogatório, causando grande desconforto a ele e à vítima¹³. No mais, outras literaturas também apontam para a angústia do profissional sobre não saber como perguntar à paciente a respeito da violência¹⁵. Dessa forma, a quantidade de informações exigida na ficha e o despreparo do profissional para contornar isso, dificulta a notificação.

Outrossim, quase 55% (29) dos profissionais já participaram de alguma capacitação sobre violência contra mulher. Todavia, não foi possível constatar se em todas elas era ensinado sobre a coleta de dados exigidos na ficha. Assim, a complexidade do processo de notificação, junto a falta de preparo do profissional sobre essa, pode ser motivo para a subnotificação.

relação de confiança entre o profissional e a vítima

De acordo com as normas do fluxograma de atendimento em UBS às mulheres em situação de violência, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (figura 01), deve ser realizado um acolhimento, por meio de uma escuta qualificada com uma equipe multiprofissional; avaliação global com anamnese, exame físico, realização da conduta terapêutica, planejamento de fuga e acompanhamento, para identificação do tipo de violência; orientações e plano de cuidado em rede de assistência¹⁷.

Ao reconhecer uma mulher vítima de violência, o primeiro passo, como destacado no fluxograma da figura 01, é acolhê-la numa sala reservada. As mulheres precisam e querem falar sobre a violência de uma forma privada, sigilosa e livre de julgamentos do acontecido por parte do profissional¹⁵. Para isso é preciso ter um espaço calmo e reservado, uma escuta atenta e com o mínimo de perguntas, de modo a construir uma relação de confiança com aquela mulher.

No entanto, algumas dificuldades podem ser observadas para a realização desse trabalho. O primeiro obstáculo percebido nas UBS, objeto do presente trabalho, foi a falta de um ambiente apropriado para o acolhimento. Dificilmente se tinha uma sala disponível para uma conversa mais reservada, frustrando, já de início, o acolhimento à mulher agredida.

Por outro lado, um ponto positivo constatado pelo questionário aplicado com os profissionais foi o comportamento frente à mulher agredida. Nesse sentido, de acordo com a tabela 9, 100% dos profissionais sabiam que ao abordar uma mulher vítima de violência devem acolher e escutá-la sem julgamentos. Entretanto, na afirmativa “ao abordar uma mulher vítima de violência com constância eu a culpo por querer permanecer nessa situação”, 45 dos profissionais discordaram, porém um concordou e sete não quiseram opinar, mostrando uma forma de julgamento por parte de uma minoria dos profissionais, o que não era esperado diante das respostas da primeira afirmativa.

Em continuidade, conforme a tabela 9, na afirmativa “é papel do profissional de saúde perguntar à mulher sobre situações de violência” 40 profissionais concordaram, quatro discordaram e nove preferiram não opinar. Ao mesmo tempo, na sentença “o profissional de saúde deve confrontar a mulher se ela não admitir que está sendo vítima de violência”, 36 desses discordaram, seis concordaram e 11 não expressaram opinião. Dessa forma, entende-se que grande parte dos profissionais sabe que não deve ignorar a possibilidade de agressão, mas que também deve respeitar a liberdade da mulher em querer ou não falar.

Ainda nesse viés, quando perguntado se os profissionais deveriam tomar a decisão pela vítima de denunciar o caso de violência, foi percebido uma divergência de opinião entre eles. Dentre os 53 profissionais que responderam, 21 discordaram com a ideia de decidir pela vítima, 18 concordaram e 14 preferiram não se posicionar (tabela 9). Isso, por sua vez, é compreensível devido ao dilema discutido entre sigilo profissional e preservação da integridade da mulher.

Importa lembrar que o atendimento à mulher agredida não se deve resumir em encaminhamentos automáticos e pressão em denunciar¹⁵. Contudo, estudos voltados para a área do direito defendem a ideia de que se deve priorizar a vida da mulher em detrimento ao sigilo¹⁸.

Portanto, diante do contexto conflitante, é necessário que o profissional, inicialmente, demonstre o interesse pelo problema e atraia a confiança da mulher, para que nos diversos contatos com o serviço, ela perceba que o sigilo e a segurança serão levados em conta, assim como, suas opiniões, valores e vontades. Desse modo, com o acompanhamento mais próximo da mulher, o profissional poderá tomar uma decisão de acordo com cada situação: permanecer em sigilo, orientando a mulher, ou abrir mão disso em favor da vida dela, se houver risco de feminicídio.

Em continuidade, quando indagado aos profissionais sobre o papel do médico, se seria apenas cuidar dos ferimentos ou também orientar e dar conselhos à mulher agredida, 49 entendem que o papel do médico vai além dos aspectos físicos. Por conseguinte, 51 deles concordam que o profissional também deve orientar a mulher na rede de atenção, referenciando-a, quando possível e necessário, para as instituições de apoio (tabela 9). Algumas dessas citadas pelos profissionais foram: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Flor de Lótus e Hospital Maternidade Almeida Castro; “ligue 180”, ronda Maria da Penha e Delegacia da Mulher; Centro de Referência à Mulher, *Instagram* uma por todas e todas por uma e grupo Mulheres em Ação; Casa de abrigo estadual, Casa de apoio e Casa de acolhimento; Grupo Tamo Juntas e Ministério Público.

Conclui-se, portanto, que a falha na relação de confiança entre o profissional e a mulher vítima de violência influencia negativamente na detecção do caso e, consequentemente, na notificação. Primeiro em decorrência da falta de um ambiente adequado para receber a vítima. Em segundo, a ocorrência de julgamento indevido por uma minoria dos profissionais. Por último, a linha tênue entre manter ou não o sigilo profissional. Enfim, diz-se que tais motivos podem levar à subnotificação e, portanto, à permanência da invisibilidade da violência contra mulher.

Considerações finais

A violência contra mulher é considerada um grave problema de saúde pública, em decorrência, principalmente, ao impacto negativo à vida da vítima. Tal fato também condiz com as várias discussões e pesquisas que existem sobre o tema. Contudo, ainda são poucos os estudos que tratam sobre os motivos da subnotificação e como os profissionais da Atenção Básica influenciam nisso.

Primeiramente, vale lembrar que a pesquisa tomou como referência profissionais da ESF que trabalham em UBS com as seguintes características: possui atuação da residência multiprofissional em Saúde da Família e residência médica em Medicina de Família e Comunidade; e/ou faz parte de uma comunidade vulnerável e violenta. Assim, buscou-se avaliar o melhor serviço junto às adversidades da comunidade violenta e, a partir disso, identificar as problemáticas que provocam a subnotificação nesse cenário.

Esclarecendo isso, ao fim das análises se observou que, de acordo com os profissionais da ESF, (a) notificação é diferente de denúncia, (b) os assistentes sociais são os principais responsáveis pela notificação, e (c) a notificação é importante para dar visibilidade ao problema, assim como, para promover políticas públicas de cuidado às mulheres agredidas.

Além disso, também foi possível verificar que a subnotificação da violência contra mulher na ESF de Mossoró/RN não é causada pela: (a) falta de conhecimento sobre o conceito de notificação, sendo esse diferente de denúncia e (b) dificuldade de identificação de um caso de agressão. Ao mesmo tempo, aquela é motivada por: (a) falta de tempo dos profissionais em notificar, (b) ausência de protocolo de atendimento às mulheres agredidas; (c) desafios para uma relação de confiança entre profissional e vítima; e (d) medo dos profissionais em notificar num contexto de ameaças. Todavia, não foi possível averiguar quais profissionais mais notificam pela desproporcionalidade numérica desses, sendo a maioria ACS.

Depreende-se, portanto, que 3 pontos devem ser levados em consideração para melhorar o índice de notificação. Primeiro, os motivos estruturais, como a falta de tempo e ausência de protocolo. A partir disso, propõe-se ao poder público, incluindo, às Secretarias de Saúde, a retomada e atualizações dos protocolos para o atendimento à mulher agredida, em conformidade à realidade de cada Estado, desse modo, assegurando uma rede de atenção à saúde possível de ser executada. Em seguida, propor momentos de discussão com os profissionais da UBS, para que todos possam conhecer e aplicar os referidos protocolos. Nesse sentido, cada

profissional reconhecerá a própria responsabilidade dentro do fluxo de cuidado, sendo possível notificar mesmo diante de tantas tarefas, driblando o tempo curto.

Depois, a dificuldade para uma boa relação de confiança entre profissional e vítima. Diante disso, a ideia é capacitar o profissional para acolher a vítima de modo a construir e manter uma boa relação com ela. Tal tarefa pode ser realizada em conjunto com as universidades e residentes que compõem a equipe da UBS. Assim, teremos o conhecimento teórico compartilhado pelos acadêmicos e residentes, junto à realidade prática da comunidade trazida pelos profissionais. Com isso, estarão capacitados para lidar com as situações de violência e preparados para desenvolver uma relação de cuidado e confiança com a mulher agredida.

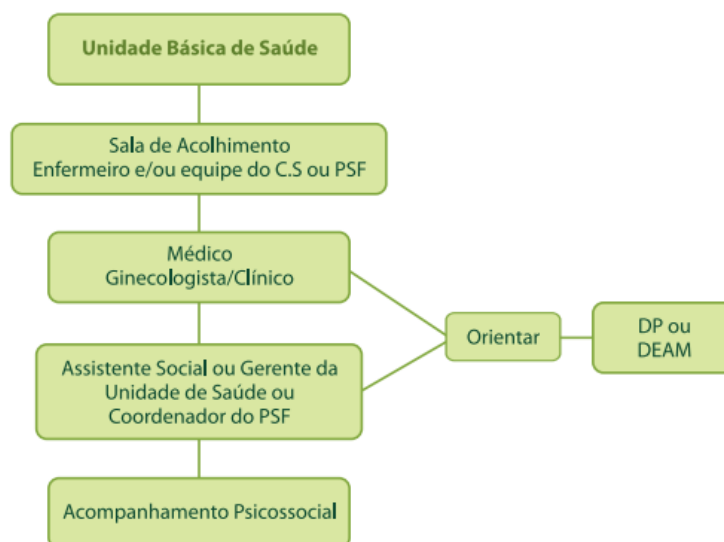
Por último, talvez mais difícil, o medo do profissional em notificar. Em vista da complexidade do problema, este pode ser minimizado com propostas de curto e longo prazo. A curto prazo, através da obtenção de um patrulhamento assíduo e presente nas comunidades. Além de instituir posto policial naquelas com maiores casos de violência contra mulher, com a finalidade de coibir a ação dos agressores. Dessa forma, favorecendo a segurança do profissional e, conseqüentemente, podendo exercer, do melhor modo, a função do cuidado. Contudo, para selecionar essas comunidades, é preciso do trabalho ativo da Vigilância de Saúde, buscando os casos de agressão à mulher. Lembrando, por sua vez, que essa tarefa não pode, inicialmente, ser realizada pelos ACS, visto que são também moradores do território e, portanto, estão à mercê da violência.

Na mesma proporção, a longo prazo, promover discussões na sociedade sobre a violência contra mulher, com o objetivo de alertar sobre a problemática, de modo a desmistificar a aceitação da agressão contra mulher e empoderá-las. Para isso, faz-se necessário iniciar um projeto de sensibilização dentro das comunidades, promovendo a ideia de que a violência contra a mulher é um crime e traz repercussões à vida, tanto da vítima, como de toda a sociedade. Posto isso, as leis serão melhor aplicadas e os efeitos legais e sociais repercutirão no agressor um sentimento de medo, assim, fazendo-o repensar sobre seu comportamento violento.

Finalmente, conclui-se que, essa pesquisa contribuiu de forma significativa para a visibilidade do problema, trazendo os motivos da subnotificação da violência contra mulher e meios para diminuí-los.

Figura

Figura 01: fluxograma de atendimento, em unidade básica de saúde, às mulheres vítimas de violência.



Fonte: Manual para atendimento às mulheres vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal.

Referências

1. Convenção interamericana (1994). Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Belém, Pará: Organização dos Estados Americanos; 1994.
2. Oliveira A, Silva L, Fonseca M, Silva P. Doenças crônicas não transmissíveis: violência interpessoal/autoprovocada [boletim epidemiológico]. Rio Grande do Norte: Secretaria de Estado da Saúde Pública; 2019.
3. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. Rev esc enfermagem da USP [internet]. 2017 [citado 2022 jan. 3]; 51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100408&script=sci_arttext&lng=pt.
4. Santos SC, Barros PA, Delgado RFA, Silva LVL, Carvalho VPS, Alexandre ACS. Violência contra a mulher: como os profissionais na Atenção Primária à Saúde estão enfrentando esta realidade? Rev Saúde e Pesquisa (Maringá). 2018 [citado 2022 mai. 18]; 11(2): 359-368.
5. 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. Presidência da República, 24 Nov 2003.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuários de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev. Saúde Pública [internet]. 2007 [citado 2022 mai. 31]; 41 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/MYWvfDmWVxkgVhj44zz6Bzz/?lang=pt>.
7. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2013 [citado 2020 jan. 3]; 29 (9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
8. Nascimento FP, Sousa FLL. Metodologia da Pesquisa Científica: teoria e prática. Volume único. Brasília: Thesaurus, 2016.
9. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 21 Set 2017.
10. Portaria nº78, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da União, 18 Jan 2021.

11. Lei nº11.340, 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. Presidência da República, 7 Ago. 2006.
12. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadoli D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. Revista Esc Enfermagem USP [internet]. 2010 [citado 2022 mai. 21]; 44(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ffJDwy9jJTxC4SvQwVXZ9h/?format=pdf&lang=pt>.
13. Leite AC, Fontanella BJB. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. Rev Bras de Med Fam Comunidade [internet]. 2019 [citado 2022 mai. 21]; 14(41). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2059>.
14. Borburema TLR, Pacheco AP, Nunes AA, Moré CLOO, Krenkel S. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. Rev Bras Med Fam Comunidade [internet]. 2017 [citado 2022 mai 21]; 12(39). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1460>.
15. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciência e saúde coletiva [internet]. 2009 [citado 2022 mai 21]; 14(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>.
16. Usta J, Taleb R. Abordagem da violência doméstica na atenção primária: o que o médico precisa saber. Jornal de Medicina da Líbia. 2014 Abr. 22. Artigos: 1-7.
17. Vilela LF. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal [internet]. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008 [citado 2022 mai. 22]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf.
18. Leitão JJ, Sant'ana CA. A comunicação compulsória realizada pelos serviços de saúde em casos suspeitos de violência doméstica e familiar contra mulher e o sigilo profissional médico. Revista Jus Navigandi [internet]. 2020 [citado 2022 mai. 23]; 25(6344). Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/86708>.

c. A notificação de violência contra mulher corresponde ao armazenamento da informação no prontuário do paciente.

d. Não sei.

2. **Você já notificou algum caso de Violência contra Mulher?**

a. Sim. Apenas uma vez.

b. Sim. Mais de uma vez.

c. Nunca

3. **Na sua opinião, os casos de violência contra mulher são de notificação compulsória (obrigatório)?**

a. Sim

b. Não

c. Não sei

4. **Você acha que notificação é o mesmo que denúncia?**

a. Sim

b. Não

c. Não sei

5. **Na sua opinião, é necessário pedir autorização da vítima para realizar a notificação?**

a. Sim

b. Não

c. Não sei

6. **Na sua opinião, a notificação pode ser feita por qualquer profissional de saúde?**

a. Sim

b. Não

c. Não sei

7. **Quais os profissionais responsáveis pela notificação?**

a. Médico(a)

b. Enfermeiro(a)

c. Técnico em Enfermagem

d. Agente Comunitário de Saúde

e. Cirurgião-Dentista

f. Gerente

g. Assistente Social

8. **Quais tipos de violência devem ser notificadas?**

a. Física

b. Psicológica

c. Sexual

d. Moral

e. Patrimonial

9. **Por que você notifica ou não notifica casos de Violência contra Mulher?**

A. Eu notifico, porque acho que...		B. Eu não notifico, porque acho que...	
	É importante		Não é importante
	Facilita a promoção de políticas públicas		Não dá tempo
	Sigo o protocolo		(Não existe um protocolo na minha UBS sobre notificação
	Minimiza a invisibilidade do problema de violência de gênero		Não sei o que é notificação
	Facilita o fluxo das redes de serviço		Não sei como notificar

	() Deve ser informado à Vigilância de Saúde		O bairro da UBS é violento e tenho medo
--	--	--	---

8.1. Se você marcou “O bairro da UBS é violento e tenho medo”, liste quais são seus medos:

10. Você conhece as redes de apoio à mulher? a.Sim b.Não

11. Quantas redes de apoio à mulher você conhece?

a. Nenhuma b. Entre 1 e 3 c. Entre 4 e 6

12. Se conhece alguma, cite as redes de apoio à mulher que você conhece.

Parte 4: Interesse do profissional sobre o tema Violência Contra Mulher

1. Você já participou de alguma capacitação sobre como abordar uma mulher vítima de violência? a. Não

b. Sim.

1.1. Se sim, a capacitação foi por qual tipo de auxílio?

a. Particular

b. Público

1.2. Se público, foi por meio de qual serviço?

a. Municipal

b. Estadual

c. Universidade

d. Outro _____

e. Não

lembro.

Parte 5: Avaliação da experiência do profissional sobre o tema Violência Contra Mulher

1. Julgue como VERDADEIRO ou FALSO as seguintes afirmativas:

- 1.1. **Violência Contra Mulher é a mesma coisa que Violência de Gênero.**
a. Verdadeiro b. Falso c. Não sei
- 1.2. **Os tipos de Violência Contra Mulher são: violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial.**
a. Verdadeiro b. Falso c. Não sei
- 1.3. **Menosprezar, difamar, humilhar ou intimidar constantemente uma mulher, são formas de violência psicológica e moral.**
a. Verdadeiro b. Falso c. Não sei
- 1.4. **Ser obrigada pelo parceiro íntimo a manter relação sexual é uma forma de violência de gênero.**
a. Verdadeiro b. Falso c. Não sei
- 1.5. **A destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos é considerado violência patrimonial.**
a. Verdadeiro b. Falso c. Não sei
2. **Marque DISCORDO ou CONCORDO nas seguintes afirmativas e de acordo com a sua opinião:**
- 2.1. **É papel do profissional de saúde perguntar a mulher sobre situações de Violência contra Mulher.**
a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem concordo
- 2.2. **Os médicos devem somente tratar os ferimentos e não perguntar ou dar conselhos à mulher agredida.**
a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem concordo
- 2.3. **O profissional de saúde deve confrontar a vítima se ela não admitir que está sendo vítima de violência.**
a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem concordo
- 2.4. **Ao abordar uma mulher vítima de violência o profissional deve acolher e escutar sem julgamentos.**
a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem concordo
- 2.5. **O profissional de saúde deve tomar a decisão de denunciar pela vítima em caso de violência de gênero.**
a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem concordo
- 2.6. **O profissional de saúde deve referenciar a mulher vítima de violência para as instituições que podem ajudá-la.**

- a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem

concordo

2.7. **Ao abordar uma mulher vítima de violência com constância eu a culpo por querer permanecer nessa situação.**

- a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem

concordo

2.8. **Ao abordar uma mulher vítima de violência eu peço para ela repetir o que aconteceu várias vezes para colher os dados com detalhes.**

- a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem

concordo

2.9. **O profissional de saúde deve denunciar porque é uma forma de chamar atenção dos políticos para que façam novas políticas públicas.**

- a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem

concordo

2.10. **Eu notifico o caso de violência para que sejam feitas novas políticas públicas.**

- a. Discordo b. Concordo c. Nem discordo, nem

concordo

Parte 6: Vivência do profissional sobre os casos de Violência Contra Mulher

1. **Vivenciou algum caso de Violência Contra Mulher na sua vida pessoal (pessoas próximas, amigos, familiares)?**

- a. Sim b. Não

2. **Vivenciou algum caso de Violência Contra Mulher na sua vida profissional?** a. Sim b. Não

3. **Você já identificou algum caso de Violência Contra Mulher:**

- a. Sim b. Não

3.1. **Se não. Você saberia identificar?**

- a. Sim b. Não

4. **Na sua opinião e experiência, grande parte das mulheres que vivem em situação de violência relatam o fato ao médico ou ao profissional da Unidade Básica de Saúde?**

- a. Sim b. Não c. Não sei

5. Na sua opinião e experiência, a maioria das mulheres que estão em situação de violência procuram sempre a Unidade Básica de Saúde com sintomas inespecíficos, como dor de cabeça, problemas digestivos, distúrbios alimentares, dor pélvica, tristeza profunda?

a. Sim

b. Não

c. Não sei

Anexo A



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação e da Cultura - SEEC
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA
Campus Central – Mossoró
Curso de Medicina - Turma 03

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **“PERSPECTIVAS SOBRE A SUBNOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE MOSSORÓ/RN”** coordenada pela **Profa. Ma. JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS** e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido ao seguinte procedimento: **FORMULÁRIO**, cuja responsabilidade de aplicação é de **JÚLIA MARIA FERNANDES HOLANDA**, aluna do curso de medicina, Campus Central, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA. As informações coletadas serão organizadas em banco de dados em programa estatístico e analisadas a partir de técnicas de estatística descritiva e inferencial.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: **“ANALISAR A SUBNOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER JUNTO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN”**. E como objetivos específicos:

- Conhecer ou Identificar o perfil do profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) e correlacionar com a prática de notificação da violência contra mulher;
- Analisar as causas da subnotificação de violência contra mulher, no âmbito das experiências pessoais e profissionais vivenciadas pela equipe naquele território;
- Analisar a percepção dos profissionais da ESF sobre a importância da notificação e comparar com o interesse dele em conhecer a violência de gênero;
- Identificar as ferramentas existentes na Unidade Básica de Saúde para receber a mulher vítima de violência.

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de **entender as causas da subnotificação dos casos de violência contra mulher e, a partir disso, promover políticas públicas voltadas para esta questão.**

Os riscos mínimos que o participante da pesquisa estará exposto estão associados ao **constrangimento em responder as perguntas e expor opiniões.** Esses riscos serão minimizados mediante: Garantia do anonimato/privacidade do participante na pesquisa, onde não será preciso colocar o nome do mesmo; Para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, apenas a discente **JÚLIA MARIA FERNANDES HOLANDA** aplicará o formulário e somente a discente **JÚLIA MARIA FERNANDES HOLANDA** e o pesquisador responsável poderão manusear e guardar os formulários; Sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado dado que identifique o participante; Garantia que o participante se sinta a vontade para responder aos formulários e Anuência das Instituições de ensino para a realização da pesquisa.

Os dados coletados serão, ao final da pesquisa, armazenados em CD-ROM e caixa arquivo, guardada por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável (orientadora), **JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS**, no **Departamento de Ciências da Saúde – DCS**, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora **JÚLIA MARIA FERNANDES HOLANDA**, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Campus Central, no endereço Av. Francisco Mota, n. 572, bairro Costa e Silva, CEP: 59.625-900– Mossoró – RN. Tel.(84) 3317-8200. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** – Faculdade de Medicina da UERN - Rua Miguel Antônio da Silva Neto s/n - Aeroporto. Home page: <http://www.uern.br> - e-mail: cep@uern.br – CEP: 59607-360 - Mossoró –RN Tel: (84) 3312-7032.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade da pesquisadora **JÚLIA MARIA FERNANDES HOLANDA**.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Consentimento Livre

Concordo em participar desta pesquisa **“PERSPECTIVAS SOBRE A SUBNOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER PELAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE MOSSORÓ/RN”**. Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais eu serei submetido(a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que

venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Mossoró, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador



Assinatura do Participante

Júlia Maria Fernandes Holanda (Aluna-pesquisadora) - e-mail: juliamariaholanda@hotmail.com - Aluna do Curso de Medicina, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA, Campus Central, no endereço Av. Francisco Mota, n. 572 , bairro Costa e Silva, CEP: 59.625-900– Mossoró – RN. Tel.(84) 3317-8200 .

Profa. Ma Jandira Arlete Cunegundes de Freitas (Orientadora da Pesquisa – Pesquisadora Responsável) - e-mail: jandira.freitas@ufersa.edu.br - Curso de Medicina, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA, Campus Central, no endereço Av. Francisco Mota, n. 572 , bairro Costa e Silva, CEP: 59.625-900– Mossoró – RN. Tel.(84) 3317-8200.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN) - Faculdade de Medicina da UERN - Rua Miguel Antônio da Silva Neto s/n - Aeroporto. Home page: <http://www.uern.br> - e-mail: cep@uern.br – CEP: 59607-360 - Mossoró –RN Tel: (84) 3312-7032.

Anexo B

Artigo adequado às normas da Revista Interface, segue:

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

Cartas ao editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

- Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, sem exceção, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao editor.

No ato da submissão do manuscrito é preciso que a ordem de apresentação dos autores esteja definida e acordada com todos, pois caso o artigo seja aprovado para publicação, os nomes dos autores serão apresentados exatamente na ordem estabelecida quando o artigo foi submetido.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do Microsoft Office, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do Adobe Acrobat.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a cinco. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A autoria implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: a) concepção e delineamento do trabalho ou participação da discussão dos resultados; b) redação do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo; c) aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores.

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a três.

4 A página inicial do manuscrito (Documento principal) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar apenas o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (Photoshop ou Corel Draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), com seus respectivos créditos ou legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 É possível incluir no manuscrito um texto suplementar, denominado Apêndice [de autoria do (s) próprio (s) autor (es)] ou Anexo (de outra autoria). Esse texto suplementar deve ser inserido logo após o item de Conclusão do manuscrito, antes das informações autorais e das referências.

10 Interface adota as regras da Convenção de Vancouver como estilo para citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

NORMAS VANCOUVER

citações e referências

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:
Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” 2 (p. 13).

Notas

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM” 1 (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE),

estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. 2 (p. 42)

Nota

Fragmento de citação no texto

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

– Autor é uma entidade: SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

– Séries e coleções: Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– Com paginação: Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– Sem paginação: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OUTRAS OBSERVAÇÕES TÍTULOS E SUBTÍTULOS

- 1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta
- 2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta
- 3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma [subtítulo],
- 4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar [sub-subtítulo] e assim sucessivamente.

Nota

- Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... Fica apenas Introdução, Metodologia...

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS DE RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por (a), indicadas entre parênteses.

Nota

- Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser (c)).

Nota

- Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface não utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com caixa baixa: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra estado, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se caixa baixa:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO DE NUMERAIS

Escrever por extenso:

– de zero a dez;

– dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...

– quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.

– unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

– a partir do número 11;

– quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

USO DE CARDINAIS

Escrever por extenso:

– de zero a dez.