



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)  
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

**FRANCIELE MAIA FARIAS**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

**CRICIÚMA**

**2023**

**FRANCIELE MAIA FARIAS**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Vanessa Iribarrem  
Avena Miranda

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiane Ferraz

**CRICIÚMA**

**2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

F224e Farias, Franciele Maia.

Educação permanente para agentes comunitários de saúde sobre violência contra a mulher / Franciele Maia Farias. - Criciúma, SC : UNESC, 2023.

114 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.

Orientação: Vanessa Iribarrem Avena Miranda.

Coorientação: Fabiane Ferraz.

1. Educação permanente. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Humanização da assistência. 4. Violência contra as mulheres. 5. Educação continuada. 6. Atenção primária à saúde. - I. Título.

CDD - 23. ed. 362.1

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

**FRANCIELE MAIA FARIAS**

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: MATERIAL DIDÁTICO PARA  
EDUCAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 13 dezembro de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Vanessa Iribarrem Avena Miranda  
Doutora – Orientadora  
Presidente

Profa. Franciele Marabotti Costa Leite  
Doutora – UFES  
Membro externo



Profa. Susana Cararo Confortin  
Doutora – UNESC/PPGSCol  
Membro interno



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
FRANCIELE MARABOTTI COSTA LEITE - SIAPE 2534135  
Departamento de Enfermagem - DE/CCS  
Em 14/12/2023 às 15:46

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/856491?tipoArquivo=O>

## **FOLHA INFORMATIVA**

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo e as citações pelo sistema de chamada autor/data da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, por todo incentivo para a realização deste mestrado.

À secretaria municipal de saúde de Criciúma, em especial ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), pela colaboração para a realização do produto.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Vanessa Iribarrem Avena Miranda, e coorientadora Prof<sup>a</sup> Fabiane Ferraz, por compartilharem seus conhecimentos, que foram de grande importância e contribuição para a construção do produto e desta dissertação.

“Não existe mulher que gosta de apanhar. O que existe é mulher humilhada demais para denunciar, machucada demais para reagir e dependente demais para ir embora.”

(Autor desconhecido)

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against women can manifest itself through physical, sexual, moral, property and/or psychological violence and is considered the biggest cause of homicide among women. **Objective:** Carry out a diagnosis of CHAs on knowledge about violence against women and prepare material for permanent health education for CHAs in Basic Health Units in the city of Criciúma-SC. **Methods:** A descriptive and exploratory approach was adopted for diagnostic research. All CHAs were invited to participate through a structured questionnaire on Google Forms, covering eight thematic blocks, including perception of domestic violence and knowledge of legislation to protect women. Data collection took place from March 13 to July 20, 2023, followed by a simple descriptive analysis, which supported the creation of teaching material in e-book format. **Results:** 22 CHAs participated in the study, the majority of whom were female (90.9%), white (86.4%), married (72.7%) and with children (90.9%). It was identified that the theme of violence arouses emotions such as anguish, empathy, discomfort and compassion. Regarding knowledge on the topic, 59.1% reported it as regular. With regard to formal and continuing education, 86.4% have already participated in recent activities on the topic. The contribution of the knowledge acquired to professional practice was considered satisfactory by 59.1%. The data shows that 72.7% are interested in participating in specific training courses on violence against women. The diagnosis carried out supported the construction of teaching material in e-book format for continuing education for community health agents, which was structured into five parts: violence against women; rights of women victims of violence, care for women victims of violence; how to identify if I am in a situation of violence; and, a network of care and protection for women who are victims of violence.

**Keywords:** Community health workers. Education. Continuing education. Humanization of care. Teaching materials. Education technologies. Violence against women. Collective care. Intimate partner violence.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo da violência .....	30
Figura 2 - Emoções despertadas quando se fala sobre a violência contra a mulher	44
Figura 3 - Como os ACS pensam a violência contra a mulher .....	44
Figura 4 - Participação em curso/aperfeiçoamento sobre violência contra a mulher	45
Figura 5 - Há quanto tempo ocorreu a participação em curso/aperfeiçoamento .....	46
Figura 6 - Avaliação dos ACS sobre o conteúdo ministrado .....	46
Figura 7 - Contribuição do curso para a prática profissional .....	47
Figura 8 - Disponibilização de momentos para reflexão/discussão .....	47
Figura 9 - Conhecimento sobre a violência contra a mulher .....	48
Figura 10 - Conhecimento sobre os tipos de violência .....	49
Figura 11 - Conhecimento sobre o ciclo da violência .....	49
Figura 12 - Conhecimento sobre a Lei Maria da Penha .....	50
Figura 13 - Conhecimento sobre o programa Sinal Vermelho .....	51
Figura 14 - Preparação para identificar situação de violência contra a mulher .....	51
Figura 15 - Dificuldades encontradas pelos ACS .....	52

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipologias da violência .....	29
Quadro 2 - Blocos do questionário .....	38

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Instrumento de coleta de dados.....	62
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE .....	68
APÊNDICE 3 - Produto .....	71

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Carta de Aceitação .....	111
ANEXO 2 - Parecer substanciado do Comite de Ética.....	112

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIDH/OEA	Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GECIES	Grupo de Pesquisa em Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituições de Ensino Superior
MPSC	Ministério Público de Santa Catarina
NEPSHU	Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização
NUPREVIPS	Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização

PPGSCol	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PROACAD	Pró-Reitoria Acadêmica
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	19
1.2 SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	20
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO.....	20
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
3.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE .....	22
<b>3.1.1 Os agentes comunitários de saúde</b> .....	<b>23</b>
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....	23
3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	25
3.4 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E O CICLO DA VIOLÊNCIA .....	27
3.5 MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER .....	31
<b>3.5.1 Lei Maria da Penha</b> .....	<b>31</b>
<b>3.5.2 Formulário Nacional de Avaliação de Risco</b> .....	<b>33</b>
<b>3.5.3 Programa de cooperação Sinal Vermelho</b> .....	<b>33</b>
3.6 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA .....	34
<b>4 MÉTODOS</b> .....	<b>36</b>
4.1 PESQUISA DIAGNÓSTICA .....	36
<b>4.1.1 Tipo do estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1.2 Local do estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1.3 População do estudo</b> .....	<b>37</b>
<b>4.1.4 Tipo de estudo</b> .....	<b>37</b>
<b>4.1.5 Análise descritiva da amostra</b> .....	<b>37</b>
<b>4.1.6 Instrumento de coleta</b> .....	<b>37</b>
4.2 TIPO DE PRODUTO .....	38
4.3 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO .....	38
4.4 PÚBLICO-ALVO.....	38
4.5 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO .....	38
<b>4.5.1 Intervenção/Etapa 1: Pesquisa diagnóstica</b> .....	<b>39</b>

<b>4.5.2 Intervenção/Etapa 2: Recursos necessários para estruturação/elaboração do produto .....</b>	<b>39</b>
<b>4.5.3 Intervenção/Etapa 3: Elaboração da proposta de produto .....</b>	<b>40</b>
<b>4.5.4 Intervenção/Etapa 4: Monitoramento ou avaliação das ações .....</b>	<b>40</b>
<b>4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>40</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>5.1.1 Percepção sobre a violência contra a mulher .....</b>	<b>43</b>
<b>5.1.2 Educação formal e permanente sobre a violência contra a mulher .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1.3 Conhecimento relacionado à violência contra a mulher .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1.4 Conhecimento sobre as legislações que amparam a mulher vítima de violência.....</b>	<b>50</b>
<b>5.1.5 Experiência profissional e atuação em casos de violência contra a mulher .....</b>	<b>51</b>
<b>5.1.6 Dificuldades encontradas na atuação em casos de violência contra a mulher .....</b>	<b>52</b>
<b>5.2 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO.....</b>	<b>52</b>
<b>5.3 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO.....</b>	<b>53</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE (S).....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO (S).....</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é caracterizada como o uso do poder ou força física de forma intencional, tanto real quanto em ameaças, contra grupos, comunidades, outra pessoa ou si próprio e que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em lesão, morte, privação ou dano psicológico (Oms, 2010).

Minayo (2005) considera que a violência é um problema de saúde pública devido ao fato de atingir a saúde individual e coletiva. Por isso, são necessárias políticas e ações específicas visando à sua prevenção e tratamento. Assim como no caso da violência contra a mulher, que é compreendida como qualquer conduta ou ação com base no gênero que ocasione em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, independente de ocorrer na esfera pública ou privada (Convenção de Belém do Pará, 1994).

Mundialmente os casos de feminicídio têm como causa principal a violência contra a mulher. Com base no Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019, foram registrados, no ano de 2018, 1.206 casos de feminicídio. Desse total, 88,8% foram vítimas de companheiros ou ex-companheiros (Brasil, 2020).

Praticar a prevenção da violência de gênero e a intervenção de forma precoce com as vítimas pode auxiliar na redução dos custos nas esferas sociais, econômicas e humanas associadas à violência. Com isso, poderá ocorrer a diminuição do fenômeno (Dias, Cavalcanti, 2019). O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres aborda a violência como um fenômeno de caráter multidimensional que exige a implementação de políticas públicas amplas e também articuladas nas suas variadas dimensões da vida social. O pacto compreende a proporção dos efeitos da violência contra as mulheres, alude às dimensões da prevenção, assistência e proteção, com o objetivo de garantir seus direitos em situação de violência e combater a impunidade dos agressores (Brasil, 2011a).

São essenciais as ações voltadas à prevenção e combate da violência com base na perspectiva de Saúde Pública. Nesse sentido, é preciso também compreender de forma integrada as tipologias, consequências e riscos dessa violência. Isso possibilitará o retrato mais eficaz de medidas e de ações a serem adaptadas em função das necessidades e singularidades das vítimas (Neves *et al.*, 2019).

No que se refere à rede de enfrentamento da violência contra a mulher, é caracterizada pela multiplicidade de instituições e serviços. Para que o enfrentamento seja de fato efetivado, é indispensável que desempenhem suas funções de forma integrada e articulada. Na esfera social, é imprescindível que os serviços trabalhem sob a perspectiva intersetorial com a definição dos fluxos de atendimento, verificando a compatibilidade com as realidades do território e contemplando as mulheres em suas diversidades e singularidades. A concepção da intersetorialidade revela um desafio, visto que faz ruptura com o modelo tradicional de gestão pública, cuja tendência é de departamentalização, desarticulação e setorialização das políticas públicas e ações (Brasil, 2011b).

As mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Comumente, são chamadas de “pacientes poliqueixosas”, por suas queixas caracterizadas como vagas e crônicas, embora não apresentem alterações em exames (Brasil, 2002).

Ao abordar a intersecção entre violência, sofrimento e saúde mental, aponta-se a necessidade de os profissionais dos serviços de saúde terem uma escuta qualificada, pois, ao invisibilizarem ou desqualificarem o relato das mulheres vítimas de violência, os profissionais acabam inconscientemente reproduzindo situações de violência institucionais. A discussão envolvendo a relação entre saúde mental, violências e desigualdades de gênero deve estar presente nas reuniões, discussões de casos e na formação continuada dos profissionais de saúde (Mota *et al.*, 2019).

Nesse sentido, autores pressupõem que:

[...] a atenção a pessoas em situação de violência deva fazer parte do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica por ser um problema de saúde pública, tendo estes profissionais de saúde condições privilegiadas para o desenvolvimento de ações nesse sentido, sobretudo pela proximidade com o território adscrito (Oliveira, Delziovo, Luiz, 2018, p.14).

Cabe ao profissional realizar uma escuta direcionada a questões que perpassam a violência. Para isso, é importante que utilize as seguintes ações: visitas domiciliares, observações, perguntas destinadas a alguns membros da família. Isso porque situações até então insuspeitas podem ser reveladas durante o cuidado e escuta qualificada. Dessa forma, a aproximação dos profissionais de saúde poderá facilitar o diálogo e a escuta, sendo espaços com grande potencial de ajuda às vítimas (Brasil, 2002).

Nesse contexto, destaca-se o agente comunitário de saúde (ACS), um dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) que mais cria vínculo com a comunidade, trabalha com promoção e prevenção da saúde e faz o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, além de realizar visitas periódicas às famílias (Brasil, 2017b).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como base a aprendizagem significativa na qual acumula-se e renova-se experiências. Pode ser compreendida como aprendizagem-trabalho, devido ao fato de ocorrer no dia-a-dia das pessoas e organizações. É realizada a partir da problemática que é enfrentada no cotidiano e considera os conhecimentos e experiências dos trabalhadores (Brasil, 2005).

A EPS é uma estratégia de enfrentamento à violência contra a mulher, pois visa desenvolver no profissional competências essenciais para torná-lo apto a realizar atendimento à mulher e organizar a rede a nível local de atenção a vítimas de violência (Brasil, 2007a).

O material didático (*e-book*) construído poderá ser utilizado como instrumento facilitador para prática de EPS com os ACS sobre a violência contra a mulher, e a partir disso, promover a transformação dos processos de trabalho e melhoria da qualidade ao atendimento às usuárias do serviço de saúde.

Considerando o fazer profissional do ACS como capaz de intervir na prevenção e identificação da violência, elaboramos a seguinte pergunta: quais informações sobre a temática da violência contra a mulher os ACS precisam conhecer?

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Entende-se que os ACS, por meio das visitas realizadas aos usuários da região de abrangência da Estratégia Saúde da Família e/ou Unidades Básicas de Saúde, são trabalhadores com capacidade de auxiliar as mulheres em situação de violência, uma vez que realizam contato com as usuárias diretamente nos domicílios.

Vale enfatizar que o trabalho do ACS tem potencial de construção de vínculo com as usuárias do serviço de saúde, as quais podem estar vivenciando alguma situação de violência. Junto com o vínculo, é fundamental que esse

trabalhador saiba acolhê-la, livre de julgamentos, de modo que possa ser percebido pela usuária como um apoio.

Para que as vítimas tenham um atendimento humanizado por esses profissionais, deve haver atividade de educação permanente para sensibilizá-los sobre a temática. Entretanto, a maioria dos cursos de qualificação relacionados à temática são destinados a profissionais da área da saúde com formação em nível superior e alocados na APS, já que estes podem notificar a violência. Logo, há uma deficiência de materiais didáticos nessa temática cujo público-alvo sejam os ACS.

## 1.2 SITUAÇÃO-PROBLEMA

Ausência de material para educação permanente sobre violência contra a mulher voltado aos ACS.

## 1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

O produto terá como finalidade sensibilizar e desenvolver habilidades de cuidado humanizado e acolhedor com os ACS para a temática da violência contra a mulher. Nesse sentido, almejamos que o material didático construído proporcione espaços de educação permanente em saúde (EPS), a fim de mobilizar reflexões sobre o processo de trabalho envolvendo essa temática.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar o diagnóstico das ACS sobre o conhecimento sobre a violência contra a mulher e elaborar material didático para EPS de ACS acerca da violência contra a mulher.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Identificar as vivências profissionais, formação e conhecimento dos ACS sobre violência contra a mulher;
- b. Verificar as principais dúvidas dos ACS sobre violência contra a mulher;
- c. Elaboração do material (e-book) para EPS de ACS sobre a violência contra a mulher.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A mais recente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, não faz distinção entre os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, os considera equivalentes. A AB é caracterizada como um conjunto de ações em saúde — desenvolvidas individualmente, coletivamente e com famílias — que visa à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, vigilância em saúde, cuidados paliativos e redução de danos, mediante práticas de cuidado integrado realizado por meio de equipe multiprofissional, destinadas à população do território definido, pelo qual a equipe assume a responsabilidade sanitária (Brasil, 2017a).

É notório que, para grande parte da população brasileira, desde a década de 1990, a AB é considerada a forma mais perceptível de um sistema de saúde guiado nos princípios de integralidade, universalidade e equidade. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se mostrado como forma de expandir tanto o acesso quanto a realização do direito à saúde (Morosini, Fonseca, Lima, 2018).

Para David (2017, p.372):

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado 1994, inclui o ACS em função de sua atuação peculiar de mediador entre comunidade e serviço de saúde, sendo, ao mesmo tempo, profissional da equipe e morador do local onde trabalha. Posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), explicita como propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional com o objetivo de estabelecer vínculo entre profissionais e famílias visando à continuidade na assistência.

Nesse contexto, a ESF é instituída pelo Ministério da Saúde como prioritária para reorganizar e também fortalecer a APS. É realizada por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, entre outros) que realiza suas atividades de forma interdisciplinar (Brasil, 2009). Nesse sentido, “para cuidar da saúde da população de determinado território, a unidade de saúde deve estar organizada de um modo que seus trabalhadores estejam divididos em funções e assumam responsabilidades diferentes e complementares” (Brasil, 2009, p.35).

### 3.1.1 Os agentes comunitários de saúde

O ACS é o profissional de extrema importância na efetivação do SUS, devido à integração que faz entre a comunidade e os serviços de saúde disponibilizados na APS (Brasil, 2009).

Historicamente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi estabelecido e regulamentado no ano de 1997, embora sua existência tenha ocorrido no começo dos anos 1990. Sua origem está nas experiências de atividades desenvolvidas por ACS, com o objetivo de prevenir doenças por meio da divulgação de informações e orientações referentes às questões de saúde. Esse programa contribuiu de forma estratégica na transição para o PSF (Brasil, 2001).

Segundo a PNAB do ano de 2017, o ACS deve cadastrar as famílias de acordo com a área geográfica definida (microárea) e também manter os respectivos dados atualizados, tais como óbitos, patologias e agravos à saúde. O profissional utilizará instrumentos para coletar informações que ajudem no diagnóstico demográfico e sociocultural da respectiva comunidade. Também terá participação na integração entre a equipe de saúde e a população pertencente à UBS, além de auxiliar os usuários do serviço em agendamentos de consultas e exames (Brasil, 2017a).

Boviot (2016) trata do papel do ACS e o define como indispensável no acolhimento. Isso porque ele é, ao mesmo tempo, membro da equipe e da comunidade. Assim, colabora para (ou permite) a criação de vínculos de forma mais espontânea e, conseqüentemente, propicia o contato direto com a equipe de saúde.

A Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, faz alterações na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, ao reformular as atribuições, jornadas e condições de trabalho, grau de escolaridade, cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais ACS e agentes de combate às endemias (ACE). Foram acrescentadas atribuições. Por exemplo, caso tenha formação em nível técnico e disponha de equipamentos, poderá realizar: aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura, entre outros (Brasil, 2018d).

## 3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

As relações de poder, afeto e trabalho, às vezes, geram práticas e atitudes não humanizadas. Estas resultam em impossibilidades de autonomia e corresponsabilidade do profissional de saúde; e, nos usuários dos serviços de saúde, inibem o cuidado de si. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, tem como objetivo colocar em execução no cotidiano dos serviços de saúde os princípios do SUS, fazendo mudanças nas formas de gerir e cuidar. Proporciona a estimulação de comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores para a constituição de processos coletivos que visam ao enfrentamento de tais relações de poder (Brasil, 2013).

Para Pasche e Passos (2010), a PNH tem como objetivo a qualificação de práticas e de atenção em saúde. Trata-se de uma tarefa desafiadora já que, do ponto de vista da humanização, está relacionada à criação de novas atitudes tanto por parte dos trabalhadores quanto dos gestores e usuários, incluindo-se éticas inovadoras nos campos do trabalho, gestão e das práticas de saúde para superar os desafios oriundos do cotidiano de trabalho.

A PNH também é conhecida como Humaniza SUS. Como o próprio nome sugere, tem a humanização em seu método. Humanizar significa incluir as diferenças nos processos de cuidado e de gestão. Para isso, é essencial a comunicação entre os três atores do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) na produção de mudanças mediante uma maneira coletiva e compartilhada para estimular a produção de novas formas de cuidado e de organização do trabalho (Brasil, 2013).

Seus princípios são: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2013). A transversalidade consiste no uso de ferramentas e dispositivos que favorecem a consolidação de redes, vínculos e a corresponsabilização entre os três atores do SUS; conseqüentemente, pode-se potencializar e assegurar atenção integral, resolutiva e humanizada (Brasil, 2010). A indissociabilidade entre atenção e gestão refere-se ao fato de que trabalhadores e usuários devem participar das tomadas de decisões na esfera de saúde coletiva e organizações de saúde. O protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos relacionam-se com as mudanças que acontecem devido ao reconhecimento do papel de cada um: usuários e trabalhadores (Brasil, 2013).

No tocante às diretrizes da PNH, é norteada pelos conceitos: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada,

valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários. Na realização do acolhimento, deve-se reconhecer a demanda de saúde do usuário como legítima e singular. É construído de forma coletiva e sustenta a relação entre equipe e usuário com base na confiança, vínculo e compromisso. Seu desenvolvimento ocorre quando os profissionais realizam a escuta qualificada das necessidades do usuário. A gestão participativa e cogestão tratam da inclusão de novas pessoas nos processos de decisões e também da ampliação de tarefas da gestão. A ambiência significa criar espaços acolhedores e com privacidade para propiciar mudanças em processos de trabalho; além disso, nela está incluída a ideia de espaços saudáveis para oportunizar encontro entre as pessoas. A clínica ampliada é uma ferramenta teórica que auxilia na abordagem do adoecimento e sofrimento considerando a singularidade do usuário e complexidade do processo saúde/doença. Na valorização do trabalhador, é importante considerar suas experiências e inclui-lo nos processos de tomada de decisões. Por fim, os profissionais dos serviços de saúde devem estimular os usuários a respeito dos direitos que possuem garantidos por lei (Brasil, 2013).

### 3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), que tem suas bases fundadas na Reforma Sanitária, tem entre suas atribuições constitucionais determinar a formação dos profissionais da referida área. As políticas públicas de saúde brasileiras, embasadas nas diretrizes do SUS, têm contribuído de forma significativa para promover mudanças no processo de educação dos profissionais. No país, a política de educação dos profissionais de saúde teve como marco importante o surgimento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003 (Brasil, 2018a).

A SGTES juntamente com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) faz a coordenação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS. Para isso, empreende a conexão entre três eixos considerados fundamentais: a relação envolvida entre a educação e o trabalho; a mudança tanto nas políticas de formação quanto nas práticas em saúde; e a produção/disseminação do conhecimento e a educação *in loco* dos serviços (Brasil, 2014).

Publicação do governo brasileiro (Brasil, 2018a) descreve que, com a criação da SGTES, oportunizou-se a institucionalização da política de educação na saúde assim como a base de iniciativas referentes à reorientação da formação profissional. Isso se deu especialmente no modo de abordagem integral do processo saúde-doença, no reconhecimento da atenção básica e na aproximação entre serviços de saúde, comunidade e instituições de ensino superior (IES) visando fortalecer o SUS.

Ceccim e Feuerwerker (2004), ao abordarem o trabalho em saúde, afirmam que este é um trabalho de escuta, que requer a interação entre o profissional de saúde e usuário como determinante para a qualidade da resposta assistencial. Entretanto, constantemente ocorre a incorporação de tecnologias e conseqüentemente surgem novos processos decisórios advindos da obrigação tecno científica, social e ética do cuidado em saúde. Logo, observa-se que a área da saúde demanda práticas de educação permanente em saúde.

No ano de 2004, foi instituída a primeira versão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores ao setor (Brasil, 2004). Posteriormente, mediante a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, foram instauradas as diretrizes para implementação da política (Brasil, 2007b).

A coordenação da PNEPS é realizada pelo DEGES, que vincula as atividades entre órgãos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), secretarias de saúde (municipais e estaduais), conselhos de saúde (municipais e estaduais), Ministério da Educação e entidades (profissionais, educacionais na área da saúde, estudantis) e movimentos de práticas de educação popular em saúde (Brasil, 2014).

A EPS pode ser definida como:

[...] o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Brasil, 2004, p.1).

O conceito de EPS traz ainda, em sua definição, a concepção do trabalho no SUS, sendo compreendida como a aprendizagem que ocorre no cotidiano laboral

e que está empenhada com os coletivos. Esse cotidiano é reconhecido como o lugar no qual ocorrem as invenções e as intervenções, acolhimento dos desafios e a substituição de modelos tradicionais por práticas que são cooperativas, colaborativas e integradas, considerando a diversidade do país (Brasil, 2014).

A EPS é uma forma de abordagem educacional que acontece no cotidiano do trabalho e contém em seu embasamento teórico estratégias pedagógicas pautadas na aprendizagem significativa, com o objetivo de transformar as práticas profissionais (Brasil, 2018c).

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), a EPS é transdisciplinar, descentralizadora e ascendente. Tais características favorecem a democratização institucional, o progresso da capacidade de aprendizagem, tanto em atividades de docência quanto em enfrentamento das situações de saúde de uma forma inovadora; estimulam o trabalho em equipe matricial e a melhoria da qualidade do cuidado à saúde.

Destaca-se a importância de que os processos de qualificação dos profissionais da área da saúde sejam realizados com base na problematização do próprio processo de trabalho. Em outras palavras, o objetivo deve ser a transformação de suas práticas profissionais e da organização do trabalho; para isso, devem considerar as necessidades de saúde da população, o controle social em saúde e a gestão do setor (Ceccim, Feuerwerker, 2004).

É importante reconhecer a necessidade de estimular a promoção de iniciativas institucionais a fim de fortalecer a abordagem de EPS, com seu potencial transformador de práticas profissionais, de modo que essa prática se torne ativa nos territórios (Brasil, 2018c).

Quanto à EPS, a produção de cuidado e produção pedagógica são indissociáveis. O trabalho está na pedagogia e na atividade laboral. Porém, só se produz educação permanente em saúde quando há imanência (Franco, 2007). A EPS é uma metodologia eficaz para acrescentar conhecimento às equipes e contribuir para o seu protagonismo nos processos produtivos em saúde.

### 3.4 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E O CICLO DA VIOLÊNCIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como:

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

De acordo a OMS, a violência pode ser dividida em: autodirigida - comportamento suicida ou mutilação; interpessoal - ocorrida no ambiente familiar ou conjugal, ou fora do lar entre pessoas sem vínculos consanguíneos ou amorosos; e coletiva - atos terroristas ou negligência política por parte do governo (Krug *et al.*, 2002a).

Mundialmente, a violência interpessoal teve aumento de 18% nas duas últimas décadas, sendo reconhecida pelo *Global Burden of Disease* como uma das principais causas de morte no mundo (Abubakar, Tillmann, Benerjee, 2015). Grande parte dos números desse tipo de violência se refere a violência doméstica e familiar contra a mulher, que é definida pela Lei Maria da Penha, em seu art.5º como: “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Brasil, 2006). REF. Destaca-se ainda que, a violência entre pessoas em relação íntima, denominada “violência por parceiro íntimo” (VPI), é considerada a maior causa de homicídio entre as mulheres. Em outras palavras, são violências que acontecem em relações envolvendo contato afetivo e/ou sexual, independentemente da formalidade e coabitação (Krug *et al.*, 2002a).

Seguem as modalidades de violência contra a mulher, Quadro 1.

Quadro 1 - Tipologias da violência

Física	Compreendida como qualquer conduta que insulte sua integridade ou saúde corporal
Psicológica	Compreendida como qualquer conduta que ocasione dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e cause perturbação do pleno desenvolvimento ou que vise deteriorar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, por meio de ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
Sexual	Definida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, participar ou manter relação sexual não desejada, por meio de intimidação, ameaça, coação ou uso da força, que lhe induza a utilizar ou comercializar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que lhe impeça de utilizar método contraceptivo ou que force a mulher ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, por meio de coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que cause limitação ou anulação de seus direitos sexuais e reprodutivos.
Moral	Compreendida como qualquer conduta que caracterize calúnia, difamação ou injúria.
Patrimonial	Entendida como qualquer conduta que caracterize retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

Fonte: Lei Maria da Penha (Brasil, 2006).

A violência contra a mulher pode ocorrer desde a adolescência e início da vida adulta, podendo ocasionar tanto prejuízos sociais e econômicos quanto danos à saúde física e mental (Organização Mundial de Saúde, 2010; Pinto *et al.*, 2021).

Um estudo com objetivo de analisar as notificações de violência contra mulheres no Brasil durante o período de 2011 a 2017 revelou que, 62,4% dos casos de violência foram praticados por homens contra mulheres. Os agressores eram cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado. Os episódios de violência ainda tiveram o domicílio como local de maior ocorrência (Mascarenhas *et al.*, 2020).

A violência contra a mulher aponta uma triste realidade no mundo inteiro. O dia a dia da violência pode ofuscar sua invisibilidade e também descriminalizá-la no imaginário social e, principalmente, no imaginário das mulheres (Brasted, 2016).

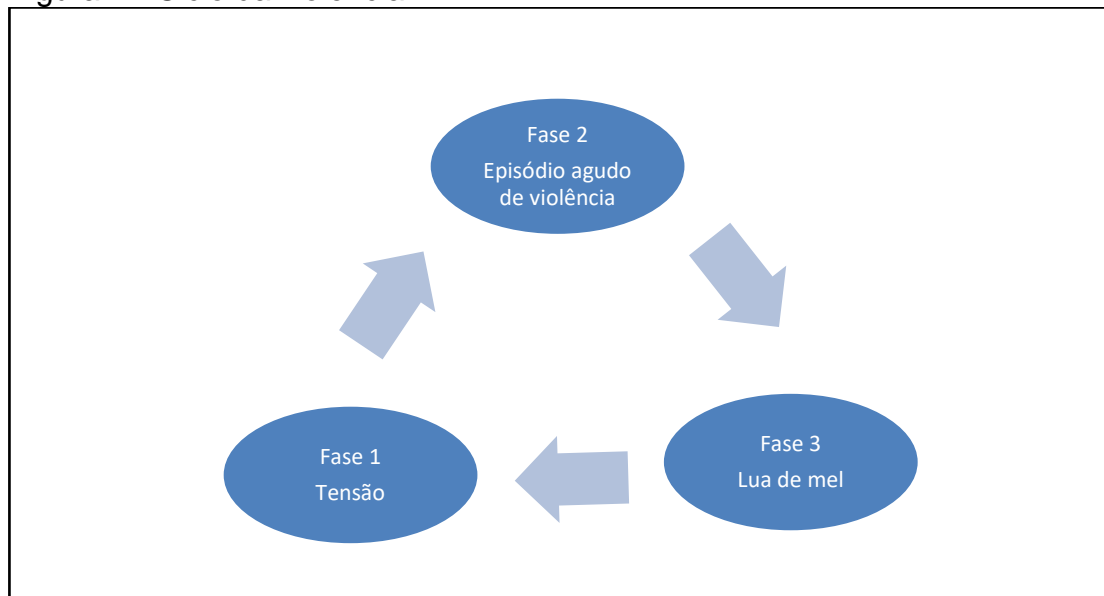
A título de compreensão sobre a violência no casal, especificamente praticada contra mulher, Cantera (2007) enfatiza que é indispensável o olhar de gênero, não a definindo como um fenômeno natural em decorrência da natureza sexual presente nas relações entre homem e mulher. Diferentemente, deve ser analisada como um processo histórico produzido e reproduzido por meio das

estruturas sociais que visam à dominação e que, por sua vez, são alimentadas pela ideologia patriarcal.

No entendimento de Sanderberg e Tavares (2016), a violência de gênero refere-se a qualquer modalidade de violência (física, simbólica ou social) que tenha sua origem na organização social dos sexos e sua perpetração contra pessoas em decorrência do seu sexo, identidade de gênero ou ainda orientação sexual. Diante desse contexto, homens e mulheres podem ser vítimas da violência de gênero. Porém, em aspectos históricos e numéricos, a violência masculina contra mulheres e, especificamente, a violência no ambiente doméstico são o fenômeno com maior destaque. Não é manifestada apenas como um fenômeno estruturado por causa da organização social de gênero presente nas sociedades contemporâneas, mas como um fator estruturante das referidas sociedades.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), a violência tem uma continuidade no tempo devido à sua repetição ao longo de meses ou anos, podendo ser cada vez menores as fases da tensão e apaziguamento e cada vez mais intensa a fase do ataque violento, por isso chamamos de “ciclo da violência”, o qual é composto por três fases distintas como ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Ciclo da violência



Fonte: Brasil (2002).

A primeira fase refere-se ao aumento da tensão, quando ocorrem incidentes de violência. É caracterizada pela humilhação psicológica, que se torna mais ofensiva e hostil, opressão por parte do homem, ciúme e possessividade. Mais

breve que a anterior e a posterior, é a segunda fase, quando acontece a descarga da tensão. É quando a mulher começa a apresentar sintomas psicossomáticos. Na terceira fase, o agressor sabe que seu comportamento foi inadequado, pede perdão e faz promessas de que o episódio de violência não ocorrerá novamente (Brasil, 2002).

Diante do exposto, nota-se a complexidade dessa temática. É importante mencionar que uma instituição de forma isolada não conseguirá proporcionar atenção integral à vítima. A atenção à pessoa em situação de violência deve ser realizada por uma rede intrasetorial e intersetorial, envolvendo a atuação conjunta dos serviços que propiciam a promoção da cidadania e equidade. Essa rede é composta por serviços de saúde, assistência social, justiça e segurança pública (Delziovo, Oliveira, Lacerda, 2018).

### 3.5 MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

#### 3.5.1 Lei Maria da Penha

O reconhecimento da violência contra a mulher como problema de saúde pública — alinhado aos movimentos sociais de conscientização da violência doméstica, especialmente os feministas — incentivou o surgimento e inserção de medidas legislativas para combate à violência, principalmente aquela sofrida pela mulher (Santos, Izumino, 2005).

Para compreender a Lei Maria da Penha, primeiramente falaremos da história dessa mulher. Maria da Penha Maia Fernandes, farmacêutica bioquímica e Marco Antônio Heredia Viveros, economista, se conheceram em 1974 quando estavam cursando pós-graduação. Marco demonstrava ser amável e educado; e, no mesmo ano, o casal iniciou o namoro. Em 1976, casaram e tiveram a primeira filha. Durante o período de união, Marco passou a mostrar-se um homem violento com a esposa e filhas. Maria tentava conversar sobre a separação, mas ele não aceitava. No ano de 1983, enquanto dormia, sofreu tentativa de feminicídio pelo companheiro, com um tiro nas costas, que a deixou paraplégica. Na ocasião, Marco Antônio relatou à polícia que haviam sofrido uma tentativa de assalto. Porém, esse fato foi descartado

pela investigação. Após a alta da internação hospitalar de quatro meses, foi mantida em cárcere privado por 15 dias, período no qual ele tentou eletrocutá-la no banho.

O caso foi ao poder judiciário; e somente oito anos depois (1991), ocorreu o primeiro julgamento, quando foi sentenciado a 15 anos de prisão. Entretanto, solicitou recursos e saiu do fórum em liberdade. O segundo julgamento foi realizado em 1996, quando foi condenado a 10 anos e 6 meses de prisão, e novamente a sentença não foi cumprida. Em 1998, o caso passou a ter repercussão internacional e foi denunciado para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA). No ano de 2001, o Estado brasileiro foi responsabilizado por negligência e omissão sobre a violência doméstica praticada contra mulheres. Devido à falta de medidas legais e garantia de direitos à vítima, no ano de 2002 foi criado um Consórcio de Organizações Não Governamentais (ONGs) feministas para a elaboração de legislação de combate à violência contra a mulher, aprovada em 2006 (Instituto Maria da Penha, 2018).

A Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, cria mecanismos que visam coibir a violência doméstica contra a mulher, prevendo punição segundo as formas de agressão (Brasil, 2006).

A legislação produziu novas formas de prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. Trouxe inovação no ornamento jurídico brasileiro e a proposta de erradicação da violência (Brasil, 2018b).

A Lei Maria da Penha aponta que é direito da vítima receber atendimento policial e pericial especializado, prestado por servidores preferencialmente do sexo feminino. As medidas protetivas de urgência consistem na aplicação que o Juiz poderá fazer ao agressor: suspensão da posse ou restrição do porte de armas, afastamento do local de convivência com a ofendida, proibição de aproximação ou contato com os familiares ou testemunhas da vítima, restrição ou suspensão de visitas aos filhos menores e prestação de alimentos provisórios. Entre as medidas protetivas de urgência à ofendida estão: a sua recondução e dos dependentes ao lar após o afastamento do agressor ou o seu afastamento sem prejuízo dos seus direitos referentes a bens, guarda dos filhos e alimentos; suspensão de procuração fornecida pela ofendida ao agressor. O juiz ainda poderá determinar a separação de corpos. O prazo para análise pelo juiz sobre o pedido de medida protetiva de urgência é de 48 horas (Brasil, 2006).

### **3.5.2 Formulário nacional de avaliação de risco**

Mediante a Lei nº 14.149, de 5 de maio de 2021, instituiu-se o Formulário Nacional de Avaliação de Risco, instrumento a ser aplicado à mulher vítima de violência doméstica e familiar. Com finalidade de realizar a prevenção e enfrentamento de crimes e demais atos de violência no ambiente doméstico e familiar contra a mulher, tem como objetivo identificar os fatores que indicam o risco de a mulher vir a sofrer violência. Com isso, subsidia a atuação dos órgãos de segurança pública. O referido formulário deve ser aplicado preferencialmente pela Polícia Civil no momento do registro da ocorrência, ou pelo Ministério Público ou pelo Poder Judiciário no primeiro atendimento realizado à mulher vítima de violência. É facultada aos outros órgãos e entidades públicas ou privadas a utilização do instrumento (Brasil, 2021a).

### **3.5.3 Programa de cooperação Sinal Vermelho**

Por meio da Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021, instituiu-se o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. A referida Lei modifica a modalidade de pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher devido à condição do sexo feminino e também inclui a violência psicológica no Código Penal. A realização do programa dar-se-á mediante integração entre o Poder Executivo, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, entidades privadas e órgãos de segurança pública. A vítima poderá realizar a denúncia por meio do código (sinal em formato de “X”), sendo feito preferencialmente na mão e com cor vermelha, ao procurar órgãos públicos e entidades privadas. Ao ser constatada a existência de risco à vida ou integridade (seja física, seja psicológica) da mulher em situação de violência ou de seus dependentes, o agressor será afastado do lar de forma imediata (Brasil, 2021b).

### 3.6 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória a ser realizada por profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, à autoridade de saúde, sobre suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública. A notificação pode ser imediata ou semanal. A imediata consiste na realização em até 24 (vinte e quatro) horas do conhecimento da ocorrência pelo meio mais rápido disponível. Já a semanal é feita em até 7 (sete) dias à secretaria de saúde do município onde foi realizado o atendimento. A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados é definida pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (Brasil, 2016b).

A notificação compulsória de casos de violência contra a mulher é regulamentada pela Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a referida notificação a casos que apresentarem indícios e confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde no âmbito público ou privado. A lei considera que a violência contra a mulher engloba a violência física, sexual e psicológica que tenha acontecido na comunidade e perpetrada por qualquer pessoa. Também dispõe sobre aquela que tenha ocorrido dentro da família, unidade doméstica ou em relação interpessoal, com convívio atual ou prévio no mesmo domicílio com o agressor (Brasil, 2003).

Em 2006, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), que é constituído por dois componentes: componente I - trata-se de vigilância contínua (Viva contínuo/Sinan), que recebe dados de violência interpessoal/autoprovocada nos serviços de saúde; e componente II - refere-se à vigilância sentinela (Viva Inquérito), que realiza pesquisa com base na amostragem de dados sobre violências e acidentes obtidos em serviços de urgência e emergência em um período de 30 (trinta) dias. Ambos os componentes têm, respectivamente, um instrumento de coleta: Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); e Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, registrada em sistema Epi Info (Brasil, 2016c).

A Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, determina que os casos de indícios ou confirmação de violência contra a mulher serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas (Brasil, 2019).

É importante destacar que a notificação não é sinônimo de denúncia policial. Pode ser definida como informação sobre casos suspeitos ou confirmados de violência que acontecem no território (Oliveira, Delziovo, Luiz, 2018). Tem como objetivo dar visibilidade à violência, operando como um instrumento de cuidado. Além disso, estimula a integração entre os serviços que compõem a rede de atendimento à mulher em situação de violência (Pinto *et al.*, 2021).

Por meio da notificação, tem-se a compreensão da realidade epidemiológica do agravo. Ela contribui para a elaboração e manutenção das políticas públicas voltadas à prevenção de violências e à promoção da saúde e cultura de paz. Também colabora com a proteção e garantia de direitos mediante a rede de atenção e proteção (Brasil, 2017c).

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 PESQUISA DIAGNÓSTICA**

#### **4.1.1 Tipo do estudo**

Trata-se de uma pesquisa diagnóstica, do tipo descritiva por conveniência.

A pesquisa diagnóstica consistiu na aplicação de questionário aos ACS, com o objetivo de compreender as suas vivências profissionais, formação e conhecimento sobre a violência contra a mulher. Esse diagnóstico embasou a elaboração do produto.

A pesquisa diagnóstica ocorreu por meio de levantamento. Segundo Gil (2022), a particularidade dessas pesquisas está em interrogar diretamente pessoas sobre o tema que se deseja conhecer. Realiza-se mediante a solicitação de informações sobre o problema de pesquisa para um grupo de pessoas, e posteriormente, obtêm-se conclusões dos dados que foram coletados.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de alguma população/fenômeno e o estabelecimento de ligação entre variáveis (Gil, 2019).

#### **4.1.2 Local do estudo**

O presente diagnóstico ocorreu no município de Criciúma/SC, o qual conta com 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF), distribuídas em seis Distritos de Saúde. Atualmente, a cobertura de ESF no município está cerca de 88%. A cidade de Criciúma está localizada no Extremo Sul Catarinense, à 200 km de Florianópolis e próxima aos municípios: Araranguá, Içara, Morro da Fumaça, Urussanga, Siderópolis e Nova Veneza. Fundada no final do século XIX, por imigrantes italianos, inicialmente seu desenvolvimento socioeconômico deu-se através da extração de carvão. Atualmente o município é reconhecido como um dos maiores produtores a nível mundial, de pisos e azulejos. Além da atividade econômica

na indústria de cerâmica, conta também com a indústria de plásticos e descartáveis plásticos, indústria química, metalomecânica e de confecções (Viva Criciúma, [s.d.]).

Conforme apontam os dados do Censo Demográfico mais recente, datado em 2022, o município tem a área territorial de 234,865 km<sup>2</sup> e população estimada de 214.493 habitantes. O dado mais recente (2010) do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,788 e, Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2021 de R\$ 45.871,13 (Ibge, [s.d.]).

#### **4.1.3 População do estudo**

A população do presente estudo foram os 253 ACS alocados em ESF/UBS do município de Criciúma.

#### **4.1.4 Tipo de estudo**

Estudo descritivo com base na amostragem por conveniência de todos os ACS do município de Criciúma.

#### **4.1.5 Análise descritiva da amostra**

A análise estatística do estudo foi do tipo descritivo, apresentando as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas.

#### **4.1.6 Instrumento de coleta**

O instrumento de coleta de dados para o diagnóstico continha 53 perguntas, divididas em nove blocos (Quadro 2).

As questões foram estruturadas no *Google Forms* e enviadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que posteriormente as encaminhou aos ACS via e-mail

ou grupo de WhatsApp. Podiam responder o questionário via smartphone ou computador, o tempo estimado para tal foi de 30 minutos.

O participante da pesquisa que não possuísse os aparelhos mencionados ou acesso à internet podia utilizar o computador da própria unidade básica de saúde, haja vista autorização da SMS em Carta de Aceitação (ANEXO 1).

#### Quadro 2 - Blocos do questionário

BLOCO I: Perfil sociodemográfico e econômico dos (as) participantes da pesquisa
BLOCO II: Dados ocupacionais
BLOCO III: Percepção sobre a violência doméstica contra a mulher
BLOCO IV: Educação formal e permanente sobre violência doméstica contra a mulher
BLOCO VI: Conhecimento sobre legislações que amparam a mulher vítima de violência doméstica
BLOCO VII: Experiência profissional e atuação em violência doméstica contra a mulher
BLOCO VIII: Dificuldades encontradas na atuação em violência doméstica contra a mulher
BLOCO IX: Agradecimento e sugestões

Fonte: Dados da autora (2023).

## 4.2 TIPO DE PRODUTO

A presente proposta configura-se como um produto técnico do tipo material didático.

## 4.3 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O produto foi desenvolvido no aplicativo Canvas em articulação com (apoio dos) núcleos da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma: Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção de Saúde (NUPREVIPS) e Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU).

## 4.4 PÚBLICO-ALVO

O público-alvo do produto são os ACS da SMS de Criciúma, de ambos os sexos e que estejam em exercício de suas funções profissionais nas ESF/UBS.

## 4.5 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

#### **4.5.1 Intervenção/Etapa 1: Pesquisa diagnóstica**

Para a realização da pesquisa diagnóstica expressa no item 4.1, foram considerados os momentos abaixo:

- a) Primeiro momento: submissão do projeto para apreciação pela Gerente do NEPSHU da SMS de Criciúma, para aceitação e entrega de Carta de Aceitação;
- b) Segundo momento: envio do projeto de produto à banca de qualificação;
- c) Terceiro momento: envio do projeto de produto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UNESC;
- d) Quarto momento: envio do questionário (APÊNDICE 1) via e-mail para a SMS de Criciúma. Devido à Lei de Proteção de Dados, foi responsabilidade da coordenação dos ACS encaminhar aos participantes o instrumento em formulário do *Google Forms* via e-mail ou grupos de WhatsApp. Destaca-se que ao clicar no link do questionário, o participante deveria fazer a leitura do TCLE e assinalar o campo: “li e aceito participar da pesquisa”, para então prosseguir com a participação. Logo, o participante que recusou ao TCLE não participou da pesquisa. O período de coleta de dados ocorreu de 13 de março a 20 de julho de 2023, durante o qual os questionários foram enviados, no mínimo, três vezes aos convidados a participar do estudo;
- e) Quinto momento: realização de diagnóstico por meio da análise dos questionários preenchidos.

#### **4.5.2 Intervenção/Etapa 2: Recursos necessários para estruturação/elaboração do produto**

Os recursos necessários para a estruturação/elaboração foram: material permanente (computador); e materiais de consumo que foram custeados pela pesquisadora, entre os quais resmas de folha A4, materiais gerais de papelaria, aquisição de livros e revisão de língua portuguesa. Para a elaboração da diagramação do material didático, foi obtido auxílio da equipe do NEPSHU.

### **4.5.3 Intervenção/Etapa 3: Elaboração da proposta de produto**

As ações foram realizadas considerando os seguintes momentos:

a) Primeiro momento: levantamento da literatura referente à violência contra a mulher e EPS em livros, artigos científicos encontrados nas bases de dados Medline, Lilacs, Scielo; e, documentos e publicações em sites: Ministério da Saúde, Fiocruz e Organização Mundial de Saúde.

b) Segundo momento: apresentação da proposta ao NEPSHU e solicitação da formação de um Grupo de Trabalho (GT) para apreciação, acompanhamento, diagnóstico e validação da construção do material didático;

c) Terceiro momento: elaboração do produto apoiando-se no resultado da pesquisa descritiva e validação pelo GT formado por profissionais dos serviços de Criciúma, definido pelo NEPSHU. O material foi realizado com base em uma estruturação da lógica da problematização convidando os participantes a refletirem sobre sua realidade, a fim de colocar seu processo de trabalho em análise no tocante à temática do cuidado a mulheres vítimas de violência contra a mulher.

d) Quarto momento: diálogos com o GT formado pelo NEPSHU, com vistas à apreciação, acompanhamento e validação da construção do material em função das necessidades do município;

e) Sexto Momento: envio para profissional da área de língua portuguesa para a realização de revisão ortográfica;

f) Sétimo momento: conclusão do material didático “Educação Permanente para ACS sobre a temática da violência contra a mulher”.

### **4.5.4 Intervenção/Etapa 4: Monitoramento ou avaliação das ações**

O monitoramento e/ou avaliação das ações ocorrerá por meio de GT estruturado pelo NEPSHU, que fará a avaliação da qualidade do material e possível segunda versão com atualização, se necessário, após dois anos.

## **4.6 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto do produto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação, em conformidade com as resoluções do Conselho Nacional de

Saúde (CNS): 466/2012 e 510/2016 (Brasil, 2012; 2016a).

Inicialmente o projeto foi protocolado na SMS de Criciúma, a fim de ser apreciado e receber a carta de aceitação, visto que seu primeiro momento consiste em uma pesquisa diagnóstica. Esta foi realizada de forma on-line, via *Google Forms*: o questionário foi enviado por e-mail ou grupos de *WhatsApp* ao público-alvo.

Cabe ressaltar que as pesquisadoras respeitaram a Lei de Proteção de Dados, para tanto, assegurou-se, pela Carta de Aceitação da instituição participante, que o instrumento (questionário) seria enviado exclusivamente pela SMS aos participantes. Logo, não foi disponibilizado nenhum banco de dados com contatos (e-mail ou telefone) dos servidores do município para envio do material. Uma pessoa indicada pela SMS foi incumbida dessa tarefa, sendo que as pesquisadoras tinham o contato exclusivo dessa pessoa para solicitar os encaminhamentos.

Ao aceitarem participar do estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 2) *on-line*, e só tiveram acesso ao formulário os que assinalaram a aceitação de participar livremente da pesquisa.

Sobre os riscos, por se tratar de um questionário autopreenchido de forma on-line, foi praticamente nulo o risco que a pesquisa ofereceu aos participantes. Entretanto, durante a coleta de dados, o participante poderia ficar sensível devido ao tema. Nessas situações, foi oferecido espaço para acolhimento psicológico de demandas que poderiam surgir, visto que a pesquisadora principal é psicóloga. Foi garantido a ele o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento. Atendendo à Lei de Proteção de Dados, informamos que não havia risco de vazamento, já que a SMS não disponibilizou nenhum contato pessoal das pessoas que aceitaram participar do estudo, pois o envio do instrumento aos participantes foi realizado por pessoa designada pela Secretaria. Toda a coleta foi on-line, mas, caso fosse necessário visita da pesquisadora, ela cuidaria de todas as medidas de biossegurança relacionadas à COVID 19, em especial: o participante terá de fazer uso de máscara cirúrgica, e a pesquisadora, máscara PFF 2; distanciamento mínimo de 1,5 m entre o participante e a pesquisadora, higienização das mãos com álcool 70% e organização do encontro em ambiente amplo e arejado. Conforme compromisso assumido pelas pesquisadoras, todas as informações coletadas serão utilizadas para fins de pesquisa.

Quanto aos benefícios da pesquisa, seus resultados ajudaram na construção do produto no formato de material didático, o qual irá contribuir para ações de EPS sobre o tema do cuidado a mulheres vítimas de violência.

De acordo com o cronograma, a qualificação do projeto por banca examinadora e o envio dos documentos ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO ocorreram em dezembro de 2022. A coleta de dados somente iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNESCO.

## 5 RESULTADOS

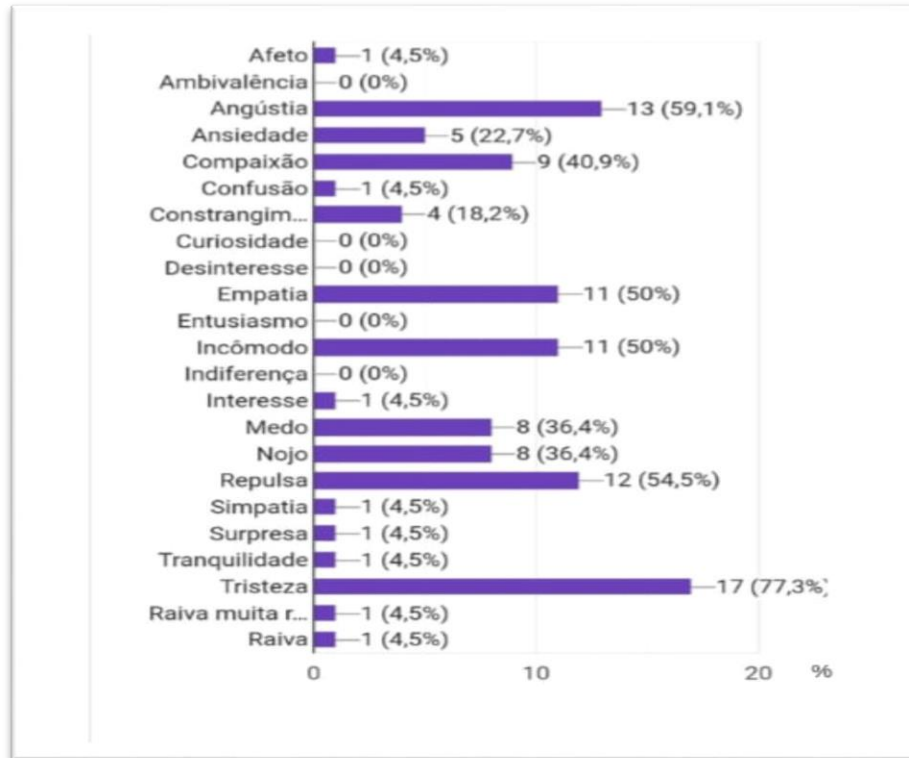
### 5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O município de Criciúma conta com 253 ACS, e todos foram convidados a participar da pesquisa. Entretanto, somente 22 responderam ao questionário via *Google Forms*. Os participantes da pesquisa eram em sua grande maioria do sexo feminino (90,9%), cor branca (86,4%), estado civil casado (72,7%) e com escolaridade em nível médio (59,1%). A coleta de dados transcorreu entre 13 de março e 20 de julho de 2023. Os resultados estão descritos a seguir, conforme os blocos do questionário: Percepção sobre a violência contra a mulher, Educação formal e permanente, Conhecimento sobre a violência, Conhecimento sobre a legislação que ampara a mulher e Experiência profissional.

#### 5.1.1 Percepção sobre a violência contra a mulher

Conforme apontado na Figura 2, no tocante às emoções despertadas quando se fala sobre a temática, estão: angústia (59,1%), empatia (50%), incômodo (50%) e compaixão (40,9%).

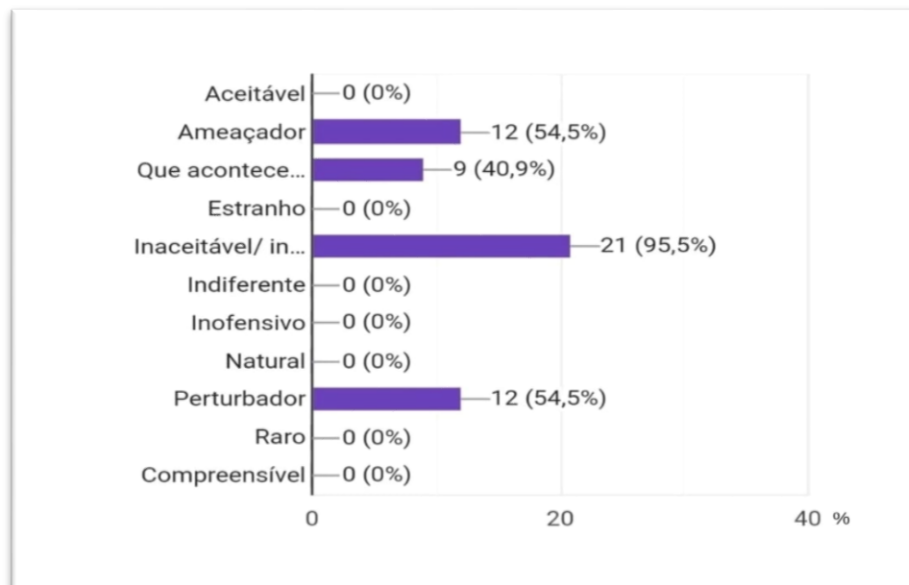
Figura 2 - Emoções despertadas quando se fala sobre a violência contra a mulher



Fonte: Dados da autora (2023).

Os ACS pensam a violência contra a mulher como algo: inaceitável/incompreensível (95,5%), ameaçador (54,5%), perturbador (54,5%) e que acontece muito (40,9%) (Figura 3).

Figura 3 - Como os ACS pensam a violência contra a mulher

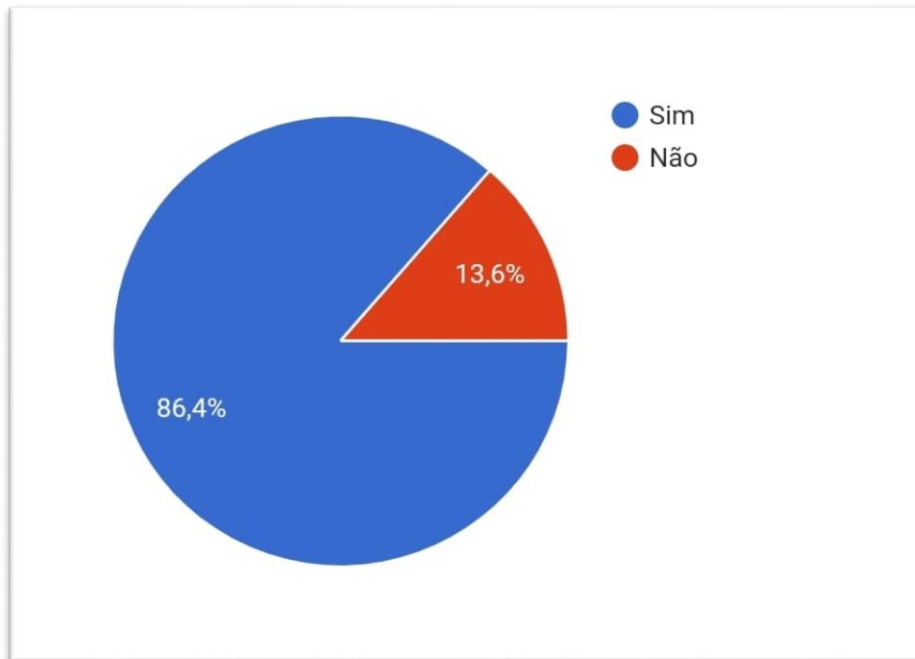


Fonte: Dados da autora (2023).

### 5.1.2 Educação formal e permanente sobre a violência contra a mulher

No que tange à educação formal e permanente, a maioria dos ACS (86,4%) já participou de algum curso sobre violência contra a mulher (Figura 4).

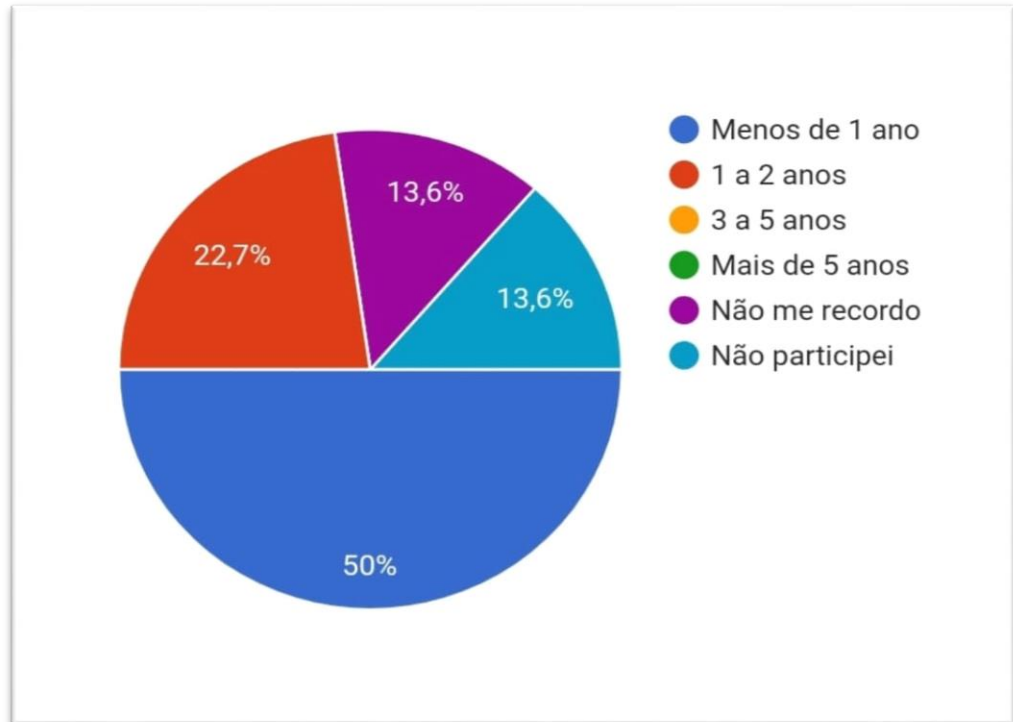
Figura 4 - Participação em curso/aperfeiçoamento sobre violência contra a mulher



Fonte: Dados da autora (2023).

A atividade ocorreu há menos de um ano (50%) ou entre um e dois anos (22,7%) (Figura 5).

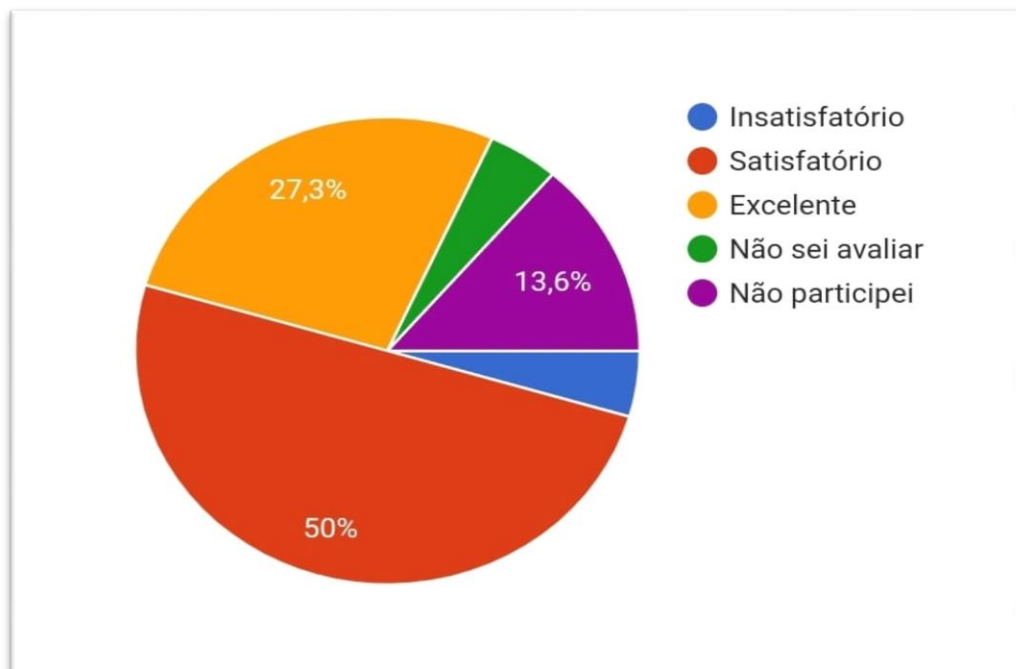
Figura 5 - Há quanto tempo ocorreu a participação em curso/aperfeiçoamento



Fonte: Dados da autora (2023).

Os participantes avaliaram o conteúdo ministrado como satisfatório (50%) e excelente (27,3%) (Figura 6).

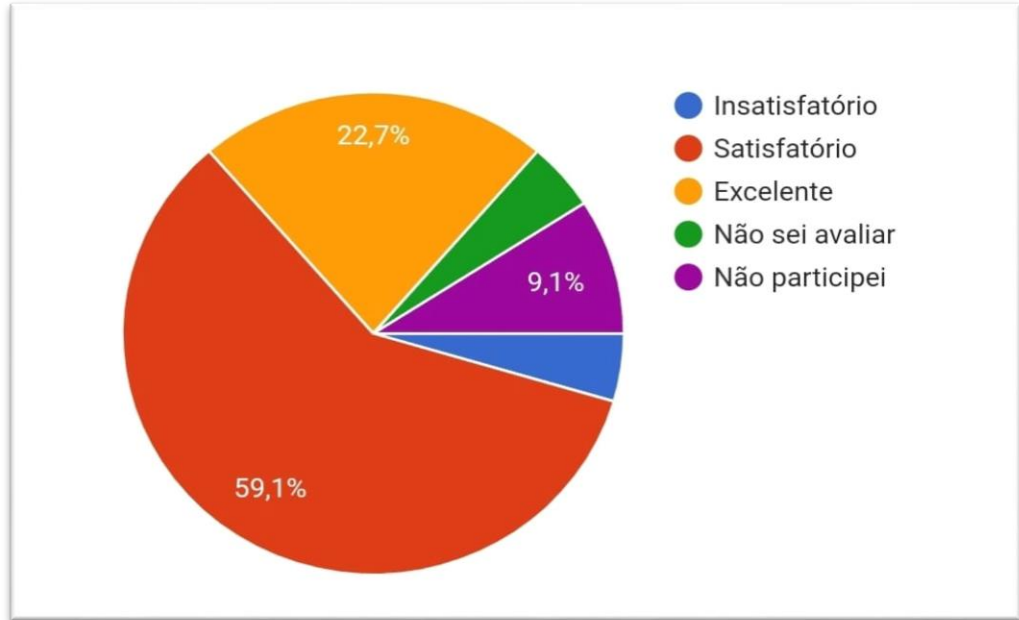
Figura 6 - Avaliação dos ACS sobre o conteúdo ministrado



Fonte: Dados da autora (2023).

Relativamente à contribuição do curso para a prática profissional, foi considerado satisfatório (59,1%) e excelente (22,7%) (Figura 7).

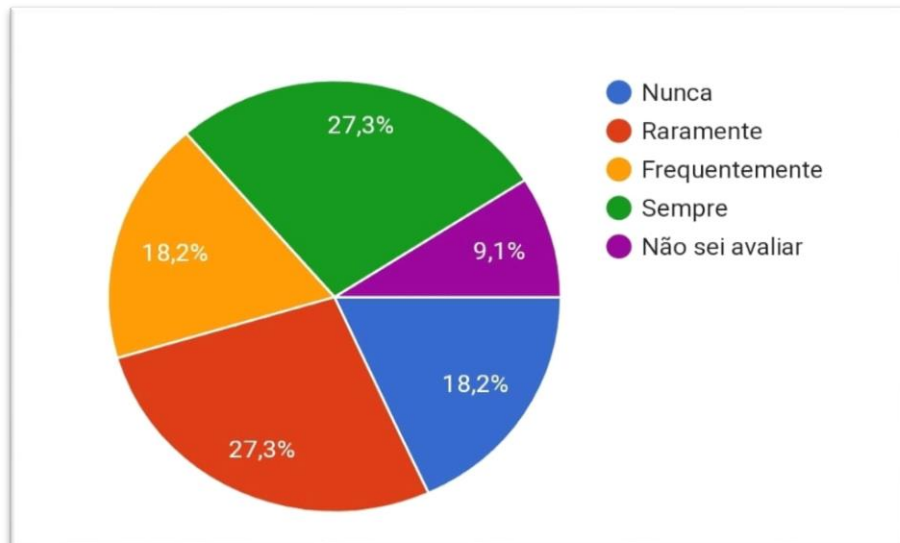
Figura 7 - Contribuição do curso para a prática profissional



Fonte: Dados da autora (2023).

Quando questionados sobre a disponibilização de momentos para reflexão/discussão de questões voltadas à violência contra a mulher no ambiente de trabalho, 27,3% apontaram como raramente, 27,3% como sempre, 18,2% como frequentemente e 18,2% como nunca (Figura 8).

Figura 8 - Disponibilização de momentos para reflexão/discussão

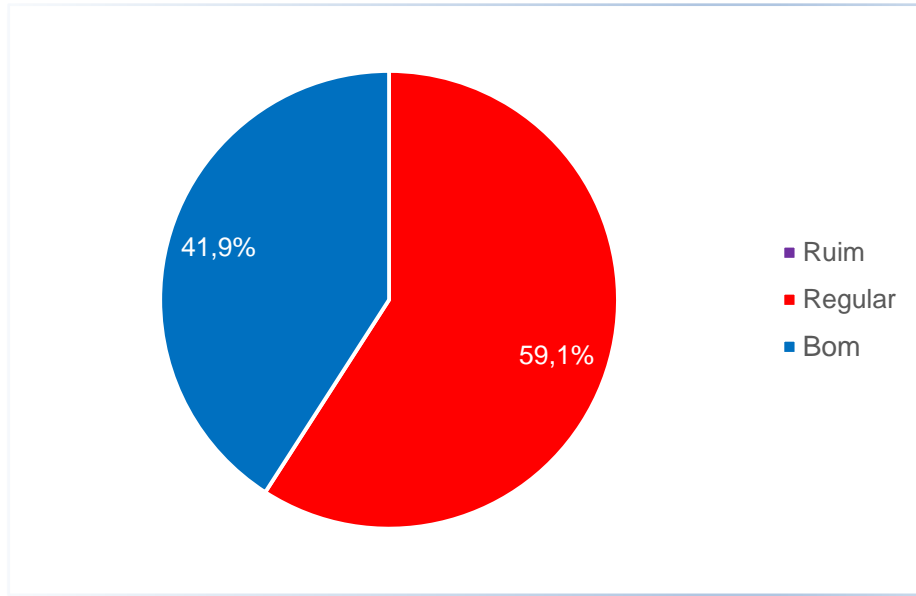


Fonte: Dados da autora (2023).

### 5.1.3 Conhecimento relacionado à violência contra a mulher

A pesquisa apontou que 59,1% dos ACS avaliam como regular seu conhecimento sobre a violência contra a mulher (Figura 9).

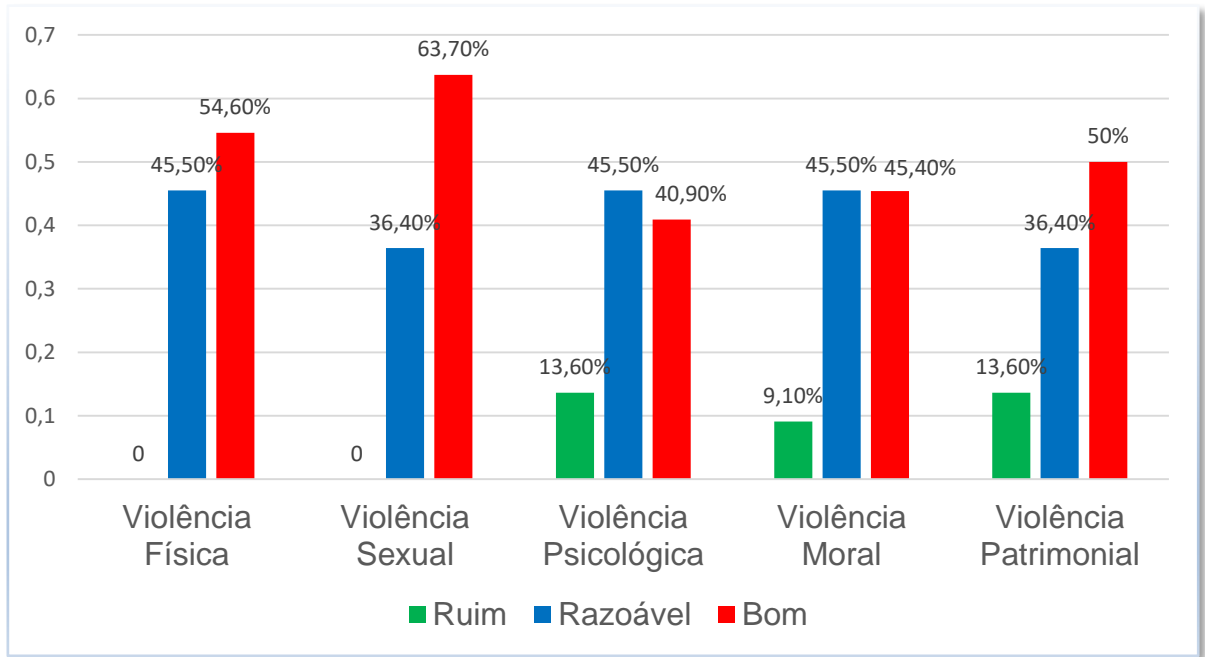
Figura 9 - Conhecimento sobre a violência contra a mulher



Fonte: Dados da autora (2023).

Quanto ao conhecimento dos tipos de violência, 13,6% dos respondentes avaliaram seu conhecimento sobre a violência psicológica como ruim. Acerca da violência física, 45,5% dos ACS consideraram razoável o conhecimento e 36,4% relataram ter conhecimento razoável sobre violência sexual (Figura 10).

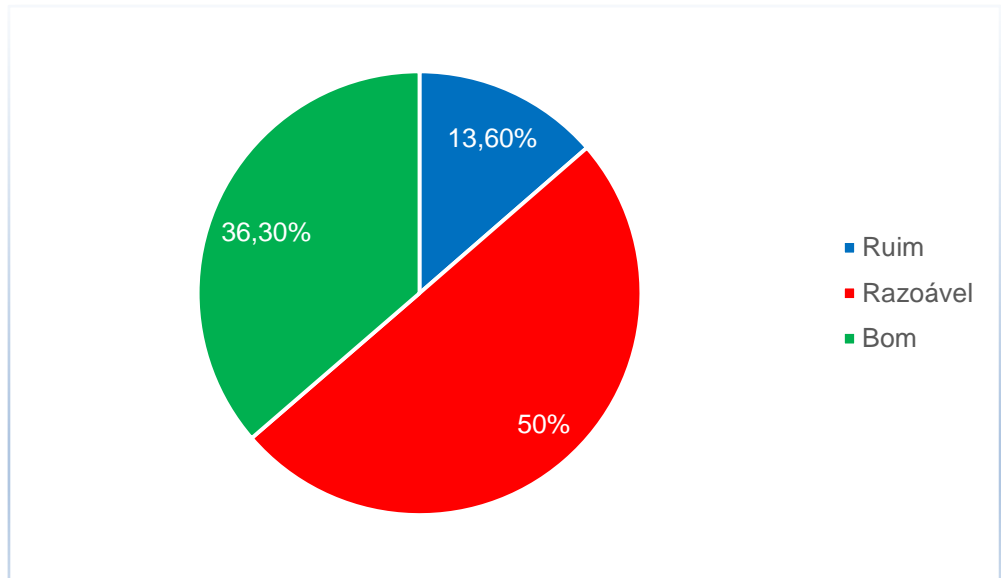
Figura 10 - Conhecimento sobre os tipos de violência



Fonte: Dados da autora (2023).

A respeito do conhecimento sobre o ciclo da violência: 13,6% o avaliaram como ruim, 50% como razoável e 36,3% o avaliaram como bom (Figura 11).

Figura 11 - Conhecimento sobre o ciclo da violência

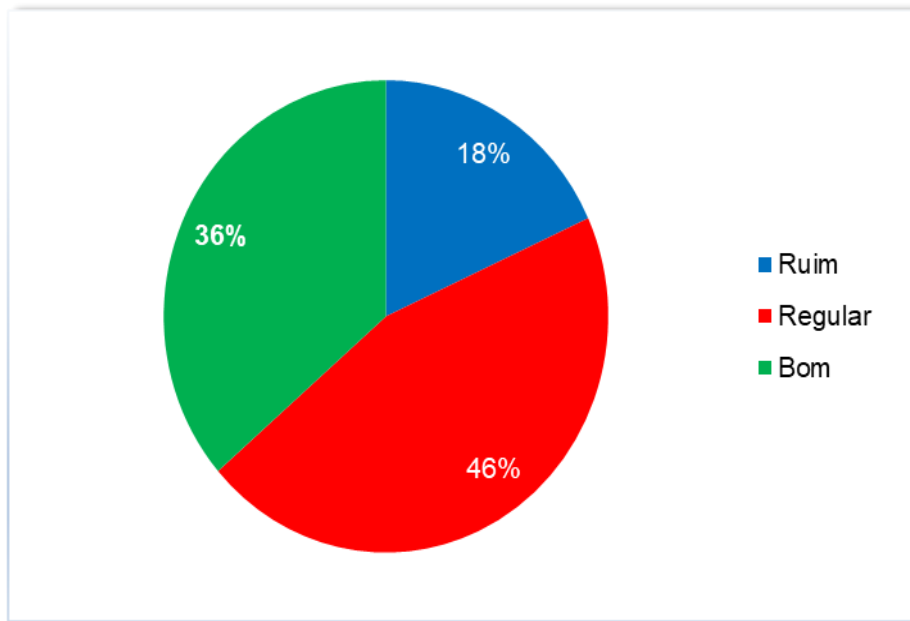


Fonte: Dados da autora (2023).

#### 5.1.4 Conhecimento sobre as legislações que amparam a mulher vítima de violência

Em relação ao conhecimento sobre a Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha, 18% dos ACS apontaram como ruim, 46% como regular e 36% como bom (Figura 12).

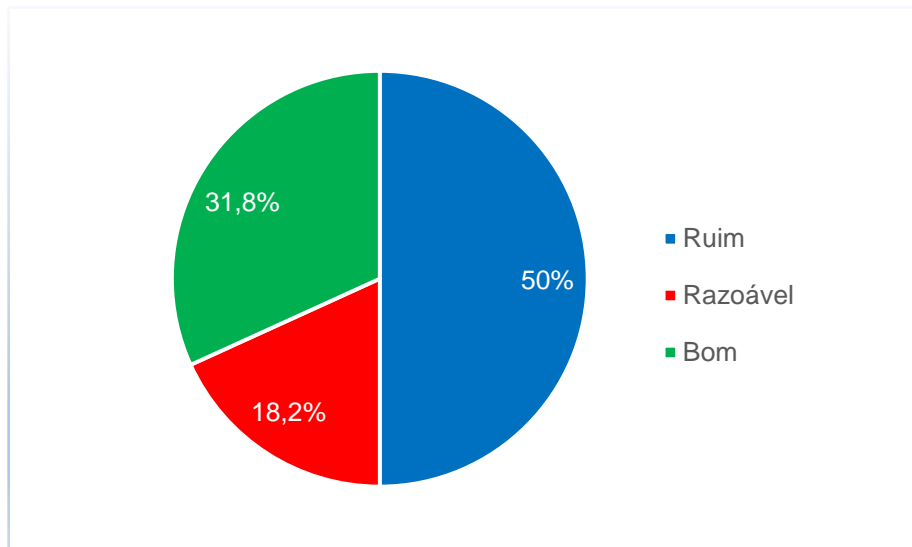
Figura 12 - Conhecimento sobre a Lei Maria da Penha



Fonte: Dados da autora (2023).

O conhecimento sobre o programa Sinal Vermelho foi avaliado como ruim por 50% dos ACS (Figura 13).

Figura 13 - Conhecimento sobre o programa Sinal Vermelho



Fonte: Dados da autora (2023).

### 5.1.5 Experiência profissional e atuação em casos de violência contra a mulher

A maioria dos ACS (54,5%) apontaram que não tiveram experiência profissional com mulher vítima de violência na sua microárea de atuação. Além disso, 18,0% não se sentem preparados para identificar situação de violência contra a mulher, 64,0% se sentem parcialmente preparados, e apenas 13% se consideraram preparados (Figura 14).

Figura 14 - Preparação para identificar situação de violência contra a mulher

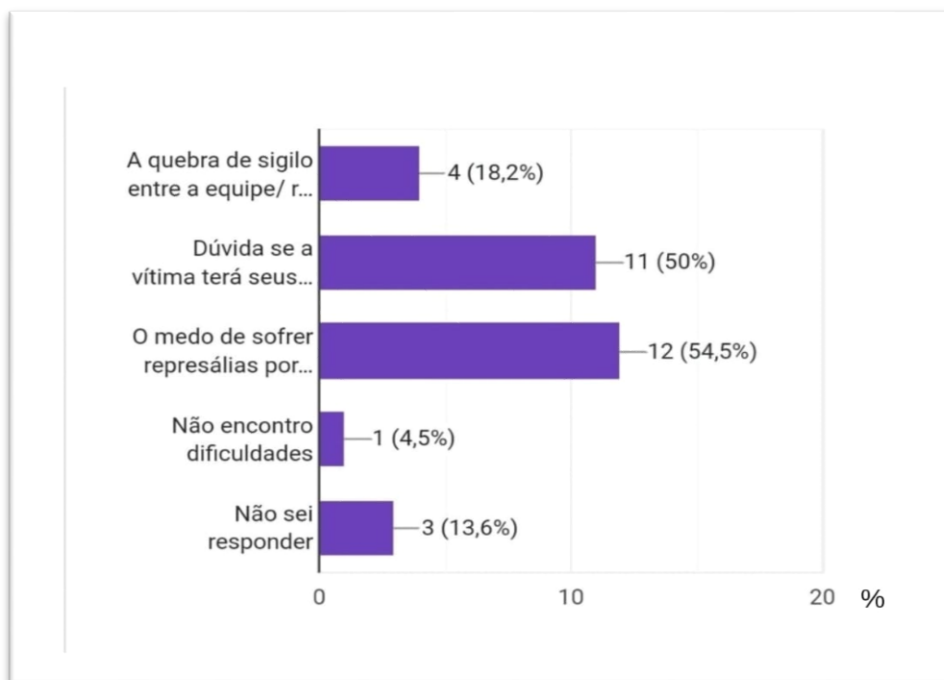


Fonte: Dados da autora (2023).

### 5.1.6 Dificuldades encontradas na atuação em casos de violência contra a mulher

Os ACS relataram que encontraram dificuldades ao lidarem com casos de violência contra a mulher (63,6%). Quando questionados sobre as dificuldades, 54,5% disseram ter medo de sofrer represálias por parte do agressor, 50,0% relataram ter dúvidas se a vítima terá seus direitos assegurados, e 18,2% relataram receio com a quebra de sigilo entre a equipe/rede de atendimento (Figura 15).

Figura 15 - Dificuldades encontradas pelos ACS



Fonte: Dados da autora (2023).

## 5.2 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

O produto construído trata-se de um material didático, do tipo e-book, intitulado “Educação permanente para agentes comunitários de saúde sobre violência contra a mulher” (APÊNCIDE 3), que será utilizado em capacitações de EPS. O material foi estruturado em cinco partes: violência contra a mulher, direitos da mulher vítima de violência, o cuidado a mulher vítima de violência, como identificar se estou em situação de violência, rede de atendimento e proteção à mulher vítima de violência.

Após a realização da capacitação, o material será disponibilizado para os participantes e também ficará disponível para todos os profissionais da APS, podendo posteriormente ser utilizado por outros municípios, uma vez que ficará disponível para acesso público no site do PPGSCol (aba produtos).

### 5.3 EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PRODUTO

O produto visa sensibilizar e capacitar os ACS sobre a temática da violência contra a mulher, ressaltando os principais tipos de violência. Inicialmente, o material será entregue para a SMS de Criciúma e equipes do NUPREVIPS e NEPSHU, que ficará responsável por organizar o grupo de tutores e calendário de execução das ações de EPS no ano de 2024. Além disso, o produto também será aplicado em minicurso a ser ministrado pela mestrandia em evento de repercussão nacional que está sob a organização do grupo de pesquisa Violência, Desigualdades e Saúde (ViDaS) do PPGSCol e terá como tema principal a importância das ações intersetoriais no enfrentamento da violência, a ser realizado nos dias 29 e 30 de agosto de 2024, na UNESCO.

Destaca-se, também, que o material didático e a capacitação poderão ser utilizados em outros municípios, uma vez que o material estará disponível no repositório virtual da UNESCO e no site do PPGSCol (aba produtos).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale destacar que 86,4% dos ACS participantes da pesquisa apontaram envolvimento em atividades de educação permanente desenvolvidas pelo NEPSHU sobre a violência contra a mulher. Isso pode ter contribuído para que respondessem ao questionário, uma vez que podem estar mais sensibilizados com a temática de violência. No entanto, o percentual de respondentes ficou abaixo do esperado; e, entre eles, foram muitas as fragilidades encontradas relacionadas ao conhecimento, demonstrando a importância da execução desse movimento de EPS sobre a temática de violência contra a mulher.

Abordar sobre a violência contra a mulher com profissionais de saúde exige ir além de sua definição. É imprescindível versar sobre a notificação compulsória de violência como uma prática de cuidado à vítima e desmistificar seu significado, que, muitas vezes, é entendido como sinônimo de denúncia. O produto traz informações sobre direitos das vítimas, programas e leis existentes para o amparo a essas mulheres e o “violentômetro”, que auxilia na identificação de ações de violência. Também conta com um fluxograma da rede de atendimento para auxiliar o ACS no encaminhamento correto da vítima aos serviços de atendimento e proteção à mulher em situação de violência.

O *e-book* desenvolvido como resultado desta dissertação está alinhado com a linha de pesquisa “Promoção da Saúde e Integralidade do Cuidado”. Essa associação decorre da natureza do *e-book* como um recurso didático focado na problemática da violência, refletindo um dos pilares centrais das políticas de promoção da saúde. Este material não apenas dissemina conhecimento sobre a prevenção e o enfrentamento da violência contra a mulher, mas também reafirma o compromisso com a saúde integral, evidenciando a importância da educação continuada dos profissionais de saúde como um vetor essencial na melhoria do cuidado e na promoção de ambientes seguros e saudáveis para todas as mulheres.

Importante destacar a ausência de materiais didáticos para EPS sobre essa temática e, que tenha como público-alvo os ACS. Nesse sentido, o produto é inovador porque o material didático direciona-se especificamente aos ACS — o profissional que mais tem acesso às residências e contato com as famílias atendidas pelas UBS/ESFs.

O potencial de impacto do produto será promover, por meio de ações de EPS, a sensibilização, conhecimento e desenvolvimento de habilidades nos ACS para

a identificação, acolhimento e cuidado a mulheres vítimas de violência. Também poderá contribuir por ser mais uma ação que potencializa a campanha intersetorial elaborada no município para combate à violência doméstica.

## REFERÊNCIAS

ABUBAKAR, I. I.; TILLMANN, T.; BENERJEE, A. Global, regional, and national age-sex specific all cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 385, n. 9963, p. 117-171, 2015.

BOVIOT, A. B. **A importância do agente comunitário de saúde para a Estratégia Saúde da Família**. Campos dos Goytacazes, 2016.

BRASIL. **Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

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, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996/2007**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. S. de P. de saúde. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, 2010. v. 1

BRASIL. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Ideal Gráfica e Editora, 2011a.

BRASIL. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Ideal Gráfica e Editora, 2011b.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH).** 1ª ed. Brasília, DF: [s.n.]. 2013.

BRASIL. **Educação Permanente em Saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no-204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva:** instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Diário Oficial da União, 2017a. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).  
Acesso em: 4 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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), 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. C. N. do Ministério Público. **Violência contra a mulher:** um olhar do Ministério Público brasileiro. Brasília, DF: CNMP, 2018b.

BRASIL. **Manual técnico:** programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no sus - PRO EPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. 13.595. **Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias,** 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher, 2019.

BRASIL. Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos. **Enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, DF: Secretaria nacional de políticas para mulheres, 2020.

BRASIL. **Lei nº 14.149, de 5 de maio de 2021**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021a.

BRASIL. **Lei nº 14.188 de 28 de julho de 2021**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021b.

BRASTED, L. L. O feminismo e o enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil. Em: SARDENBERG, C. M. B.; TAVARES, M. S. (Eds.). **Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento**. EDUFBA, 2016.

CANTERA, L. M. **Casais e violência: um enfoque além do gênero**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher . 1994. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 7 set. 2022.

DAVID, H. M. S. L. O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), p. 371-378, 2017.

DELZIOVO, C. R.; OLIVEIRA, C. S.; LACERDA, J. T. **Redes de atenção à violência por parceiro íntimo**. Florianópolis, SC: UFSC, 2018.

DIAS, I.; CAVALCANTI, V. R. S. Violência de gênero e saúde: um olhar comparativo entre Portugal e Brasil. Em: CÚNICO, S. D.; COSTA, A. B.; STREY, M. N. (Eds.). **Gênero e violência: repercussões nos processos psicossociais e de saúde**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2019. p. 215-240.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, 2007, p. 427-438.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7 ed. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022. IBGE. **Cidades e estados**: Criciúma. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/historico>. Acesso em: 24 dez. 2023.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Quem é Maria da Penha?** 2018. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>. Acesso em: 20 set. 2023.

KRUG, E. G *et al.* eds World report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, 2002a, p. 1083-1088.

KRUG, E. G *et al.* eds. World report on violence and health. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva, World Health Organization, 2002b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.-br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MASCARENHAS, M. D. M *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 23, 2020, p. 1-13.

MINAYO, M. C. DE S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. Em: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005, p. 9-42.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, 2018, p. 11-24.

MOTA, M. D. L *et al.* Violências contra as mulheres e saúde mental: aproximações a partir do debate de gênero. Em: **Gênero e violência: repercussões nos processos psicossociais e de saúde**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2019.

NEVES, S *et al.* Violências de gênero na intimidade contra as mulheres e saúde: tipologias, riscos, consequências e recomendações. Em: CÚNICO, S. D.; COSTA, A. B.; STREY, M. N. (Eds.). **Gênero e violência: repercussões nos processos psicossociais e de saúde**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2019, p. 137-162.

OLIVEIRA, C. S.; DELZIOVO, C. R.; LUIZ, C. L. **Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo**. Florianópolis, SC: [s.n.], 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. [s.l: s.n.]. 2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Apresentação cadernos temáticos PNH: formação em humanização. Em: Brasil, Ministério da Saúde (Ed.). **Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, v. 1, 2010, p. 5-12.

PINTO, I. V. *et al.* Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, 2021, p. 975-985.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. E. I. A. L. Estudos Interdisciplinares de América Latina y El Caribe. **Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil**, v. 16, n. 1, 2005, p. 147-164.

SARDENBERG, C. M. B.; TAVARES, M. S. **Violência e gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento**. Online: EDUFBA, 2016.

VIVA CRICIÚMA. **Descubra a história de Criciúma**. [s.d.]. Disponível em: <https://viva.criciuma.sc.gov.br/historia/perfil-do-municipio>. Acesso em: 20 dez. 2023.

**APÊNDICE (S)**

## APÊNDICE 1 - Instrumento de coleta de dados



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)  
[MESTRADO PROFISSIONAL]**



**MESTRANDA: FRANCIELE MAIA FARIAS**

### QUESTIONÁRIO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

**\*Obrigatório**

<b>BLOCO I: Perfil sociodemográfico e econômico dos(as) participantes da pesquisa</b>
---

1. Número de contato (celular) com DDD:*	_____
2. Idade Específica:*	_____
3. Cor (segundo definição do IBGE): *	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Não sei responder
4. Sexo: *	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
5. Identidade de gênero: *	<input type="checkbox"/> Cisgênero (a identidade de gênero é correspondente ao gênero que lhe foi atribuído ao nascimento) <input type="checkbox"/> Transgênero (não se identifica com o sexo atribuído no nascimento) <input type="checkbox"/> Não binário (não se identifica com um gênero exclusivamente) <input type="checkbox"/> Não sei responder
6. Estado Civil:*	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)
7. Possui filhos: *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. Número de pessoas que reside com você: *	<input type="checkbox"/> 1 Pessoa <input type="checkbox"/> 4 Pessoas <input type="checkbox"/> 2 Pessoas <input type="checkbox"/> 5 Pessoas ou mais <input type="checkbox"/> 3 Pessoas <input type="checkbox"/> Moro sozinho(a)
9. Qual sua religião: *	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Não possuo religião <input type="checkbox"/> Não sei responder <input type="checkbox"/> Outra: _____
10. Formação acadêmica: * (caso tenha nível superior, assinalar a maior formação)	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Nível superior Completo
11. Ano de Formação: *	_____
12. Instituição de formação: *	_____
13. Formação em nível de pós-graduação: *	<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Não possuo

**BLOCO II: Dados ocupacionais**

<p>14. Nome da Estratégia Saúde da Família (ESF)/Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atua:*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) ESF Ana Maria</li> <li>( ) ESF Argentina</li> <li>( ) ESF Centro Social Urbano</li> <li>( ) ESF Centro Social Urbano (Extensão)</li> <li>( ) ESF Cidade Mineira Nova</li> <li>( ) ESF Cidade Mineira Velha</li> <li>( ) ESF Cristo Redentor</li> <li>( ) ESF Laranjinha</li> <li>( ) ESF Linha Batista</li> <li>( ) ESF Mãe Luzia</li> <li>( ) ESF Maria Céu</li> <li>( ) ESF Metropol</li> <li>( ) ESF Milanese</li> <li>( ) ESF Mina do Mato</li> <li>( ) ESF Mina União</li> <li>( ) ESF Morro Estevão</li> <li>( ) ESF Nossa Senhora da Salete</li> <li>( ) ESF Nova Esperança</li> <li>( ) ESF Operária Nova</li> <li>( ) ESF Paraíso</li> <li>( ) ESF Pinheirinho</li> <li>( ) ESF Primeira Linha</li> <li>( ) ESF Quarta Linha/HG</li> <li>( ) ESF Renascer</li> <li>( ) ESF Santa Augusta</li> <li>( ) ESF Santa Bárbara</li> <li>( ) ESF Santo Antônio</li> <li>( ) ESF São Defende</li> <li>( ) ESF São Sebastião</li> <li>( ) ESF São Simão</li> <li>( ) ESF Vila Belmiro</li> <li>( ) ESF Vila Francesa</li> <li>( ) ESF Vila Manaus</li> <li>( ) ESF Vila Rica/Imigrantes</li> <li>( ) ESF Vila Zuleima</li> <li>( ) ESF Wosocris/Rio Maina</li> <li>( ) UBS Brasília</li> <li>( ) UBS Colonial</li> <li>( ) UBS Mina do Toco</li> <li>( ) UBS Sangão</li> <li>( ) UBS Santa Luzia</li> <li>( ) UBS São Luiz</li> <li>( ) UBS São Marcos</li> <li>( ) UBS São Roque</li> <li>( ) UBS Verdinho</li> </ul>
<p>15. Tempo de exercício profissional como agente comunitário de saúde <b>na atual ESF/UBS:</b> (responda indicando o ano em número cardinal. NÃO precisa colocar a palavra “anos” ao final, tampouco expressar os meses. *</p>	<p>_____</p>
<p>16. Tempo de exercício profissional como agente comunitário de saúde, <b>incluindo o trabalho em outras ESFs/UBS:</b> (responda indicando o ano em número cardinal. NÃO precisa colocar a palavra “anos” ao final, tampouco expressar os meses. *</p>	<p>_____</p>

**BLOCO III: Percepção sobre a violência doméstica contra a mulher**

<p>17. Para você, a violência doméstica contra a mulher:* Obs: você pode assinalar mais de uma opção.</p>	<p><input type="checkbox"/> Não deve ser denunciada, pois em “briga de marido e mulher, não se mete a colher”, visto que, após a situação de violência, o casal acaba vivenciando uma fase sem agressões”.</p> <p><input type="checkbox"/> Não deve ser denunciada, pois o agressor pode ficar sabendo quem fez a denúncia.</p> <p><input type="checkbox"/> É um problema de saúde pública e deve ser denunciada a fim de proteger a vítima e responsabilizar o agressor.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei responder.</p>
<p>18. Quando se fala sobre violência doméstica contra a mulher, que sentimentos/emoções lhe são despertados?*</p> <p>Obs: selecione até 5 opções que sinta de forma mais intensa.</p>	<p><input type="checkbox"/> Afeto</p> <p><input type="checkbox"/> Ambivalência</p> <p><input type="checkbox"/> Angústia</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> Compaixão</p> <p><input type="checkbox"/> Confusão</p> <p><input type="checkbox"/> Constrangimento</p> <p><input type="checkbox"/> Curiosidade</p> <p><input type="checkbox"/> Desinteresse</p> <p><input type="checkbox"/> Empatia</p> <p><input type="checkbox"/> Entusiasmo</p> <p><input type="checkbox"/> Incômodo</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferença</p> <p><input type="checkbox"/> Interesse</p> <p><input type="checkbox"/> Medo</p> <p><input type="checkbox"/> Nojo</p> <p><input type="checkbox"/> Repulsa</p> <p><input type="checkbox"/> Simpatia</p> <p><input type="checkbox"/> Surpresa</p> <p><input type="checkbox"/> Tranquilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
<p>19. Quando pensa sobre violência doméstica contra a mulher, pensa na situação como algo:*</p> <p>Obs: você pode assinalar mais de uma opção.</p>	<p><input type="checkbox"/> Aceitável</p> <p><input type="checkbox"/> Ameaçador</p> <p><input type="checkbox"/> Que acontece muito</p> <p><input type="checkbox"/> Estranho</p> <p><input type="checkbox"/> Inaceitável/Incompreensível</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p> <p><input type="checkbox"/> Inofensivo</p> <p><input type="checkbox"/> Natural</p> <p><input type="checkbox"/> Perturbador</p> <p><input type="checkbox"/> Raro</p> <p><input type="checkbox"/> Compreensível</p>

**BLOCO IV: Educação formal e permanente sobre violência doméstica contra a mulher**

<p>20. Você já participou de algum curso/aperfeiçoamento sobre violência doméstica contra a mulher? *</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>21. Há quanto tempo ocorreu? *</p>	<p><input type="checkbox"/> Menos de 1 ano      <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 anos            <input type="checkbox"/> Não me recordo</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 anos            <input type="checkbox"/> Não participei</p>
<p>22. Como você considerou o conteúdo ministrado?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Insatisfatório        <input type="checkbox"/> Satisfatório</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente            <input type="checkbox"/> Não sei avaliar</p> <p><input type="checkbox"/> Não participei</p>
<p>23. Quem ofertou o curso/aperfeiçoamento?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde</p>

Obs: você pode assinalar mais de uma opção.	<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Assistência Social e Habitação <input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Educação <input type="checkbox"/> Instituição de Ensino Superior <input type="checkbox"/> Realizou com uma empresa privada, por conta própria <input type="checkbox"/> Não sei avaliar <input type="checkbox"/> Não participei <input type="checkbox"/> Outro: _____
24. Como você avalia a contribuição deste(s) curso(s) para sua prática profissional?*	<input type="checkbox"/> Insatisfatório <input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Não sei avaliar <input type="checkbox"/> Não participei
25. Com qual frequência você costuma ser informado(a) sobre a disponibilidade/oferta de cursos, pela Secretaria Municipal de Saúde do município onde trabalha, acerca da violência doméstica e familiar contra a mulher?*	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Não há oferta <input type="checkbox"/> Não sei avaliar
26. Participou de algum curso sobre violência doméstica e familiar contra a mulher <b>oferecido especificamente pela Secretaria de Saúde do município onde trabalha?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, nunca foi ofertado <input type="checkbox"/> Não, nunca tive interesse nesse assunto <input type="checkbox"/> Não sei avaliar
27. Como você avalia a contribuição deste(s) curso(s) para sua prática profissional?	<input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Não foi ofertado <input type="checkbox"/> Não sei avaliar
28. Sobre seu interesse em participar de cursos de formação específica para a atuação em casos de violência doméstica contra a mulher: *	<input type="checkbox"/> Muito interesse <input type="checkbox"/> Pouco interesse <input type="checkbox"/> Nenhum interesse <input type="checkbox"/> Não sei avaliar
29. Na ESF/UBS onde você trabalha, há momentos para que possam refletir e/ou discutir questões voltadas à violência doméstica contra a mulher?*	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Não sei avaliar <input type="checkbox"/> Frequentemente

**BLOCO V: Conhecimento relacionado à violência doméstica contra a mulher**

**Nas questões a seguir, assinale na escala de 1 a 5 o seu conhecimento, sendo 1 o mais baixo e 5 o mais alto nível de conhecimento sobre o tema:**

30. conhecimento/instrução sobre a violência doméstica contra a mulher:*	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05
31. No que se refere aos tipos de violência doméstica contra a mulher, como avalia seu conhecimento sobre <b>violência física</b> ?*	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05
32. No que se refere aos tipos de violência doméstica contra a mulher, como avalia seu conhecimento sobre <b>violência sexual</b> ?*	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05
33. No que se refere aos tipos de violência doméstica contra a mulher, como avalia seu conhecimento sobre <b>violência psicológica</b> ?*	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05
34. No que se refere aos tipos de violência doméstica contra a mulher, como avalia seu conhecimento sobre <b>violência moral</b> ?*	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05
35. No que se refere aos tipos de violência doméstica contra a mulher, como avalia seu conhecimento sobre <b>violência patrimonial</b> ?*	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05

36. Como avalia seu conhecimento <b>sobre o ciclo</b> da violência doméstica contra a mulher?					
	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>

**BLOCO VI: Conhecimento sobre legislações que amparam a mulher vítima de violência doméstica**

37. Como avalia seu conhecimento sobre a Lei nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha?*					
	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>
38. Como avalia seu conhecimento sobre o programa Sinal Vermelho?*					
	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>

**BLOCO VII: Experiência profissional e atuação em violência doméstica contra a mulher**

39. O quanto me sinto preparado(a) para identificar situação de violência doméstica:*	<input type="checkbox"/> Me sinto preparado(a). <input type="checkbox"/> Me sinto parcialmente preparado(a). <input type="checkbox"/> Não me sinto preparado(a). <input type="checkbox"/> Não sei avaliar.
40. O quanto me sinto preparado(a) para fazer visita no domicílio onde tenha mulher vítima de violência doméstica:*	<input type="checkbox"/> Me sinto preparado(a). <input type="checkbox"/> Me sinto parcialmente preparado(a). <input type="checkbox"/> Não me sinto preparado(a). <input type="checkbox"/> Não sei avaliar.
41. Você já teve alguma experiência profissional na qual a mulher vítima pertença à sua microárea de atuação?*	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei avaliar
42. Qual/quais era/eram o(s) tipo(s) de violência doméstica que a vítima sofria?*	<input type="checkbox"/> Violência física <input type="checkbox"/> Violência sexual <input type="checkbox"/> Violência psicológica <input type="checkbox"/> Violência moral <input type="checkbox"/> Violência patrimonial <input type="checkbox"/> Não sei especificar o tipo de violência <input type="checkbox"/> Não há/houve mulher vítima de violência doméstica na microárea onde atuo.
43. No que se refere à denúncia: *	<input type="checkbox"/> Sim, realizei a denúncia. <input type="checkbox"/> Não foi necessário realizar a denúncia, pois a vítima já havia feito. <input type="checkbox"/> Não denunciei, mas levei o caso a(o) enfermeira(o) da ESF na qual atuo. <input type="checkbox"/> Não realizei a denúncia. <input type="checkbox"/> Não há/houve mulher vítima de violência doméstica na microárea onde atuo. <input type="checkbox"/> Não quero responder.
44. Canal de denúncia utilizado: *	<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especial de Atendimento à Mulher - DEAM <input type="checkbox"/> Ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Delegacia de Polícia Civil <input type="checkbox"/> Disque 100 - Disque Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Não realizei a denúncia <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não há/houve mulher vítima de violência doméstica na microárea onde atuo.
45. Orientação prestada à vítima sobre canais para realizar a denúncia: *	<input type="checkbox"/> Sim, orientei sobre os canais de denúncia. <input type="checkbox"/> Não prestei orientações. <input type="checkbox"/> Não há/houve mulher vítima de violência doméstica na microárea onde atuo. <input type="checkbox"/> Não quero responder.

46. Quais os canais de denúncia que foram orientados a vítima?*	<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especial de Atendimento à Mulher-DEAM <input type="checkbox"/> Ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Delegacia de Polícia Civil <input type="checkbox"/> Disque 100 - Disque Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Não realizei orientações. <input type="checkbox"/> Não há/houve mulher vítima de violência doméstica na microárea onde atuou. <input type="checkbox"/> Não quero responder.
47. Qual o telefone de emergência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)?	<input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> Não sei responder.
48. Qual o telefone de emergência da Polícia Militar?	<input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> Não sei responder.
49. Qual o telefone do Disque Direitos Humanos?	<input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> Não sei responder.
50. Qual o telefone da Central de Atendimento à Mulher?	<input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> Não sei responder.

**BLOCO VIII: Dificuldades encontradas na atuação em casos de violência doméstica contra a mulher**

51. Você percebe alguma <b>dificuldade no processo de trabalho</b> que envolva casos de violência doméstica contra a mulher: *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei responder
52. No que se refere às dificuldades encontradas, assinale ao lado:*	<input type="checkbox"/> A quebra de sigilo entre a equipe/rede de atendimento após denúncia <input type="checkbox"/> Dúvida se a vítima terá seus direitos assegurados por dificuldade de acesso à rede protetiva <input type="checkbox"/> O medo de sofrer represálias por parte do agressor, pós-denúncia <input type="checkbox"/> Não encontro dificuldades. <input type="checkbox"/> Não sei responder.

**BLOCO IX: Agradecimento e sugestões**

53. Agradecemos a sua colaboração com a nossa pesquisa! Registre livremente observações, críticas ou sugestões relacionadas ao tema:	<hr/> <hr/>
--	-------------

(\*) Campo de preenchimento obrigatório

## APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

**Título da pesquisa:** Violência doméstica contra a mulher: material didático para educação permanente de agentes comunitários de saúde

**Objetivos:** GERAL: Elaborar material didático para educação permanente em saúde de agentes comunitários de saúde acerca da violência doméstica contra a mulher. ESPECÍFICOS: Identificar as vivências profissionais, formação e conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher; - Verificar as principais dúvidas dos agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher; - Sensibilizar os agentes comunitários para participação de ações de educação permanente em saúde, que serão realizadas com base no material didático construído.

**Período da coleta de dados:** 16/01/2023 a 16/03/2023.

**Tempo estimado para cada coleta:** 30 minutos.

**Local da coleta:** A coleta ocorrerá em ambiente on-line por meio de questionário enviado via Google Docs para seu e-mail ou WhatsApp, por um profissional da SMS Criciúma.

Pesquisador/Orientador: Profa. Dra. Fabiane Ferraz Telefone: (48) 9.8833.3243

Pesquisador/Acadêmico: Franciele Maia Farias Telefone: (51) 9.9511.8058

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - PPGSCOL UNESC.

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com ela. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso, de modo claro e afirmativo, o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia do direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos, estes, assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS, podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados com ela obtidos.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

### **DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa diagnóstica, do tipo descritiva por conveniência. Será utilizado um instrumento de coleta de dados no formato de questionário com 54 perguntas fechadas, organizadas em nove blocos. Todas as perguntas que tiverem asterisco precisam ser respondidas; aquelas sem asterisco são opcionais. Você está recebendo esse questionário estruturado no Google Forms pela Secretaria Municipal de Saúde, logo você pode ficar seguro(a) de que a SMS não repassou às pesquisadoras seus contatos pessoais. Você poderá responder o questionário via smartphone ou computador, e o tempo estimado para tal é de 30 minutos. O questionário lhe será enviado no mínimo três vezes. Caso você já tenha respondido, por gentileza, ignore o novo recebimento. A(o) participante da pesquisa que não possuir os aparelhos mencionados ou acesso à internet poderá utilizar o computador da própria unidade de saúde, haja vista autorização da SMS em Carta de Aceitação. Fica garantido que, a qualquer momento, você poderá desistir da pesquisa.

### **RISCOS**

Em relação aos riscos, por se tratar de um questionário autoaplicável de forma on-line, é praticamente nulo o risco físico que a pesquisa oferecerá aos participantes. Todavia, no decorrer da coleta de dados, o participante poderá ficar sensível devido ao tema. Nessas situações, será oferecido espaço para acolhimento psicológico de demandas que possam surgir, visto que a pesquisadora principal é psicóloga. Atendendo à Lei de Proteção de Dados, informamos que não haverá risco de vazamento, visto que a SMS não disponibilizará nenhum contato pessoal dos participantes, pois o envio do instrumento a eles será realizado por pessoa designada pela Secretaria. Toda a coleta será on-line, mas, se for necessário visita da pesquisadora, fui informado(a) de que ela cuidará de todas as medidas de biossegurança relacionadas à COVID 19, em especial: eu terei que fazer uso de máscara cirúrgica, e ela estará de máscara PFF 2; distanciamento mínimo de 1,5 m entre o participante e pesquisador, higienização das mãos com álcool 70% e organização do encontro em ambiente amplo e arejado. As pesquisadoras me informaram que, conforme compromisso assumido por elas, todas as informações coletadas serão utilizadas para fins de pesquisa.

### **BENEFÍCIOS**

No que se refere aos benefícios da pesquisa, seus resultados contribuirão para a construção do produto no formato de material didático (caderno de tutor e de estudante), o qual irá contribuir para ações de EPS sobre o tema do cuidado a mulheres vítimas de violência doméstica.

Também declaro que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que pudessem me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a Resolução CNS 466/2012, item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora foi demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final

a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando eu na posse de uma e a outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegado(a) e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Franciele Maia Farias pelo telefone (51) 9 95118058 e/ou pelo e-mail farias.francielem@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc avalia, quanto ao aspecto ético, todos os trabalhos de pesquisa realizados envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, para garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, visando fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, e a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) responsável</b>
_____ <b>Assinatura</b>	_____ <b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b> _____	<b>Nome: Fabiane Ferraz</b>
<b>CPF:</b> _____ - _____	<b>CPF: 951.924.330-53</b>

Criciúma (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## APÊNDICE 3 - Produto

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

# VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER



FRANCIELE MAIA FARIAS

# Elaboração/Autoria

---

## **EQUIPE TÉCNICA**

Franciele Maia Farias - Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

Vanessa Iribarrem Avena Miranda - Farmacêutica. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

## **REVISÃO FINAL**

Ana Beatriz da Mota de Souza do Nascimento - Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Atenção e Reabilitação Psicossocial UNESC.

Letícia Costa Alves - Psicóloga no Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde.

Lusiane Mendes - Técnica de Enfermagem no Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde.

Vanessa Iribarrem Avena Miranda - Farmacêutica. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

## **DESIGNER GRÁFICO, DIAGRAMAÇÃO E FORMATAÇÃO**

Ana Beatriz da Mota de Souza do Nascimento

Eduarda Naiany de Oliveira Macedo

Jéssica Comicioli

---

# Apresentação

Esse material, do tipo cartilha/e-book, trata-se de um produto desenvolvido para dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGScol), da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Objetiva-se que essa cartilha seja utilizada para ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e que, a partir disso, mobilize reflexões sobre o processo de trabalho no que se refere a violência contra a mulher. Nessa cartilha, serão abordadas informações importantes sobre a violência contra a mulher que implicam nas estratégias de cuidado à mulher em situação de violência.

***A vida começa quando a violência acaba***  
***Maria da Penha***

# Sumário

---

- 05 >>>>> PARTE I: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
- 11 >>>>> PARTE II: DIREITOS DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
- 22 >>>>> PARTE III: O CUIDADO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
- 27 >>>>> PARTE IV: COMO IDENTIFICAR SE ESTOU EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA?
- 29 >>>>> PARTE V: REDE DE ATENDIMENTO E PROTEÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
- 32 >>>>> REFERÊNCIAS

# PARTE I

## Violência contra a mulher



# VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

É a nomenclatura que se dá à violência que ocorre entre pessoas que estão se relacionando intimamente. Em outras palavras, são violências que ocorrem em relações que envolvam contato afetivo e/ou sexual, independente da formalidade e coabitação. Os episódios de violência ainda apresentam o domicílio como principal local de ocorrência. A VPI é considerada a maior causa de homicídio entre as mulheres.

## VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

É definida qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Onde pode ocorrer:



## ONDE OCORRE

### NO ÂMBITO DA UNIDADE DOMÉSTICA

É o espaço de convívio permanente das pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas.



### NO ÂMBITO DA FAMÍLIA

É a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa.



### NA RELAÇÃO ÍNTIMA DE AFETO

Qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a mulher, independentemente de coabitação.



# TIPOS

## De Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher

### 01 Violência Física

Compreendida como qualquer conduta que insulte sua integridade ou saúde corporal.

### 02 Violência Psicológica

Compreendida como qualquer conduta que ocasione em dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e cause perturbação do pleno desenvolvimento ou que vise deteriorar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, por meio de ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

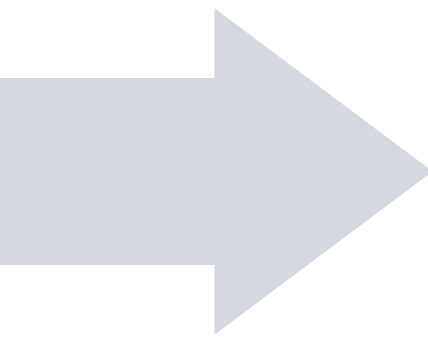
### 03 Violência Sexual

Definida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, participar ou manter relação sexual não desejada, por meio de intimidação, ameaça, coação ou ao uso da força, que lhe induza a utilizar ou comercializar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que lhe impeça de utilizar método contraceptivo ou que lhe force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, por meio de coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que cause limitação ou anulação de seus direitos sexuais e reprodutivos.

# TIPOS

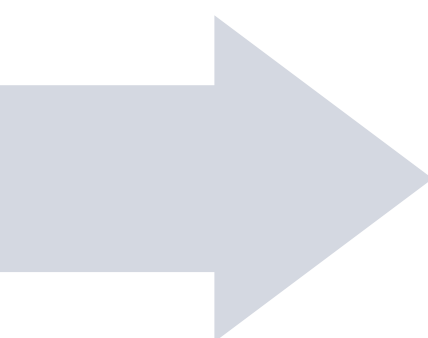
## De Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher

### 04 Violência Moral



Compreendida como qualquer conduta que caracterize calúnia (inventar, distorcer ou espalhar mentiras sobre outra pessoa que caracterizaria um crime); difamação (expor alguma história ou fato de cunho negativo sobre uma pessoa com a intenção de denegrir a sua imagem pública); e injúria (dirigir xingamentos e verbalizações ofensivas ou humilhantes para um pessoa em situação pública).

### 05 Violência Patrimonial



Entendida como qualquer conduta que caracterize retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

# PARTE II

## Direitos da MULHER vítima de violência

11



# QUEM É MARIA DA PENHA?



---

É uma ativista do direito das mulheres e farmacêutica brasileira.

Maria da Penha Maia Fernandes, durante seu casamento, percebeu que seu marido passou a demonstrar-se como um homem violento com ela e filhas. Maria fez tentativas de abordar sobre a separação, mas ele não aceitava. No ano de 1983, enquanto dormia, sofreu tentativa de feminicídio pelo companheiro, com um tiro nas costas, que a deixou paraplégica. Na ocasião, Marco Antônio relatou à polícia que haviam sofrido uma tentativa de assalto. Porém, esse fato foi descartado pela investigação. Após a alta da internação hospitalar de quatro meses, foi mantida em cárcere privado por 15 dias e durante esse período, ele tentou eletrocutá-la no banho.

---

No ano de 2001, o Estado brasileiro foi responsabilizado por negligência e omissão sobre a violência doméstica praticada contra mulheres. Devido à falta de medidas legais e garantia de direitos a vítima, no ano de 2002 foi criado um Consórcio de Organizações Não Governamentais (ONG's) feministas para a elaboração de legislação de combate a violência contra a mulher, que em 2006 foi aprovada.



MARIA DA PENHA, JOVEM.

# A LEI MARIA DA PENHA

Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006

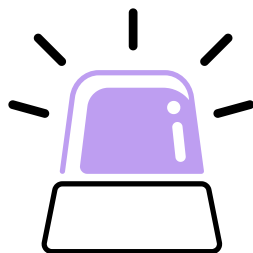
**C**ria mecanismos que visam coibir a violência doméstica contra a mulher, prevendo punição às formas de agressão. No que se refere a assistência à mulher em situação de violência, o juiz assegurará, para preservar sua integridade física e psicológica:

**A.** Acesso prioritário à remoção quando servidora pública, integrante da administração direta ou indireta;

**B.** Manutenção do vínculo trabalhista, quando necessário o afastamento do local de trabalho, por até seis meses.

**No atendimento à mulher em situação de violência, a autoridade policial deverá:**

Garantir proteção policial, quando necessário, comunicando de imediato ao Ministério Público e ao Poder Judiciário;



Quando necessário, acompanhar a ofendida para assegurar a retirada de seus pertences do local da ocorrência ou do domicílio familiar.

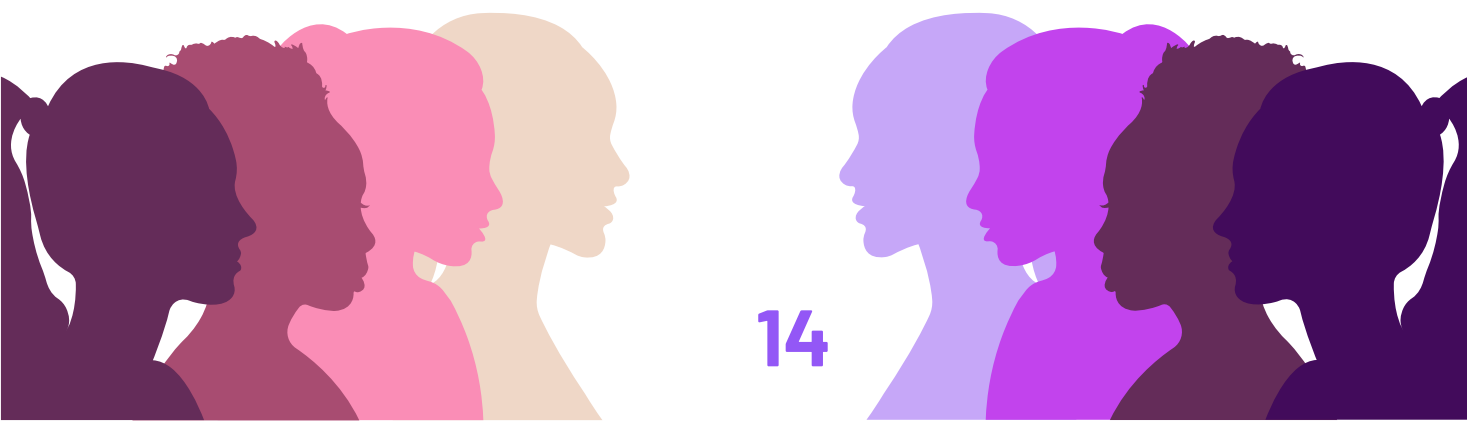
## MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA

- Caberá ao juiz, ao receber o pedido da mulher, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas decidir sobre as medidas protetivas de urgência.
- As medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas pelo juiz, a requerimento do Ministério Público ou a pedido da mulher.
- As medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas de imediato, independentemente de audiência das partes e de manifestação do Ministério Público, devendo este ser prontamente comunicado.
- As medidas protetivas de urgência serão aplicadas isolada ou cumulativamente, e poderão ser substituídas a qualquer tempo por outras de maior eficácia, sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados.
- Poderá o juiz, a requerimento do Ministério Público ou a pedido da ofendida, conceder novas medidas protetivas de urgência ou rever aquelas já concedidas, se entender necessário à proteção da ofendida, de seus familiares e de seu patrimônio, ouvido o Ministério Público.

## DAS MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA QUE OBRIGAM O AGRESSOR

Ao ser constatada a prática de violência contra a mulher, nos termos da Lei Maria da Penha, o juiz poderá aplicar, de imediato, ao agressor, em conjunto ou separadamente, as seguintes medidas protetivas de urgência, entre outras: suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente, afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a mulher e/ou proibição de determinadas condutas como:

- ◆ Aproximação da mulher, seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor.
- ◆ Contato com a mulher, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação;
- ◆ Frequentação de determinados lugares a fim de preservar a integridade física e psicológica da mulher;
- ◆ Restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar;
- ◆ Prestação de alimentos provisionais ou provisórios;





# DAS MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA À MULHER

Quando necessário, o juiz poderá, sem prejuízo de outras medidas:

Encaminhar a ofendida e seus dependentes a programa oficial ou comunitário de proteção, ou de atendimento;

Determinar a recondução da ofendida e a de seus dependentes ao respectivo domicílio, após afastamento do agressor;

Determinar o afastamento da ofendida do lar, sem prejuízo dos direitos relativos a bens, guarda dos filhos e alimentos;

Determinar a separação de corpos.



# DAS MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA À MULHER

Para a proteção patrimonial dos bens da sociedade conjugal ou daqueles de propriedade particular da mulher, o juiz poderá determinar, liminarmente, as seguintes medidas, entre outras:

Restituição de bens indevidamente subtraídos pelo agressor à ofendida;

Proibição temporária para a celebração de atos e contratos de compra, venda e locação de propriedade em comum, salvo expressa autorização judicial;

Suspensão das procurações conferidas pela ofendida ao agressor;

Prestação de caução provisória, mediante depósito judicial, por perdas e danos materiais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a ofendida.

**LEI Nº 13.505,  
DE 8 DE  
NOVEMBRO DE  
2017**

Acrescenta dispositivos à Lei Maria da Penha, para dispor sobre o direito da mulher em situação de violência doméstica e familiar de ter atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado, preferencialmente, por servidores do sexo feminino.

Altera a Lei Maria da Penha, para tipificar o crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência.

**LEI 13.641, DE 3  
DE ABRIL DE  
2018**

Esta Lei altera a Lei Maria da Penha e o Código Penal, para reconhecer que a violação da intimidade da mulher configura violência doméstica e familiar e para criminalizar o registro não autorizado de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual, ou libidinoso de caráter íntimo e privado.

**LEI Nº 13.772,  
DE 19 DE  
DEZEMBRO DE  
2018**

ACESSE NA ÍNTEGRA TODAS AS  
LEGISLAÇÕES:



CLIQUE OU ESCANEIE  
O QR-CODE

**LEI Nº 13.827,  
DE 13 DE MAIO  
DE 2019**

Altera a Lei Maria da Penha, para autorizar, nas hipóteses que especifica, a aplicação de medida protetiva de urgência, pela autoridade judicial ou policial, à mulher em situação de violência doméstica e familiar, ou a seus dependentes, e para determinar o registro da medida protetiva de urgência em banco de dados mantido pelo Conselho Nacional de Justiça.

Altera a Lei Maria da Penha, para dispor sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às vítimas de violência doméstica e familiar e aos dispositivos de segurança por elas utilizados.

O RESSARCIMENTO NÃO PODERÁ IMPORTAR ÔNUS DE QUALQUER NATUREZA AO PATRIMÔNIO DA MULHER E DOS SEUS DEPENDENTES.

**LEI Nº 13.871,  
DE 17 DE  
SETEMBRO DE  
2019**

Altera a Lei Maria da Penha, para prever a apreensão de arma de fogo sob posse de agressor em casos de violência doméstica, na forma em que especifica.

**LEI Nº 13.880,  
DE 8 DE  
OUTUBRO DE  
2019**

ACESSE NA ÍNTEGRA TODAS AS  
LEGISLAÇÕES:



CLIQUE OU ESCANEIE  
O QR-CODE

## LEI Nº 13.882, DE 8 DE OUTUBRO DE 2019

Altera a Lei Maria da Penha, para garantir a matrícula dos dependentes da mulher vítima de violência doméstica e familiar em instituição de educação básica mais próxima de seu domicílio.

### Esta Lei traz alterações na Lei Maria da Penha, entre elas:

#### Na assistência a mulher em situação de violência:

- Passa a incluir: encaminhamento à assistência judiciária, quando for o caso, inclusive para eventual ajuizamento da ação de separação judicial, de divórcio, de anulação de casamento ou de dissolução de união estável perante o juízo competente.

#### Do atendimento pela autoridade policial:

- informar à ofendida os direitos a ela conferidos nesta Lei e os serviços disponíveis, inclusive os de assistência judiciária para o eventual ajuizamento perante o juízo competente da ação de separação judicial, de divórcio, de anulação de casamento ou de dissolução de união estável.

#### Dos procedimentos:

- A ofendida passa a ter opção de propor ação de divórcio ou de dissolução de união estável no Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

#### Das Medidas Protetivas de Urgência:

- Determinar o encaminhamento da ofendida ao órgão de assistência judiciária, quando for o caso, inclusive para o ajuizamento da ação de separação judicial, de divórcio, de anulação de casamento ou de dissolução de união estável perante o juízo competente;

## LEI Nº 13.894, DE 29 DE OUTUBRO DE 2019

ACESSE NA ÍNTEGRA TODAS AS  
LEGISLAÇÕES:



CLIQUE OU ESCANEIE  
O QR-CODE

## LEI Nº 14.541, DE 3 DE ABRIL DE 2023

Esta Lei determina o funcionamento de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, 24 horas por dia ininterruptamente.

Altera a Lei Maria da Penha, para dispor sobre as medidas protetivas de urgência e estabelecer que a causa ou a motivação dos atos de violência e a condição do ofensor ou da ofendida não excluem a aplicação da Lei.

PARA TER O ACESSO ÀS MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA NÃO É NECESSÁRIO REGISTRAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA, BASTA O DEPOIMENTO DA VÍTIMA A AUTORIDADE POLICIAL, OU DA APRESENTAÇÃO DE SUAS ALEGAÇÕES ESCRITAS, INDEPENDENTE DA PROPOSITURA DE AÇÃO JUDICIAL CONTRA O AGRESSOR.

As medidas protetivas de urgência vigorarão enquanto persistir risco à integridade física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral da ofendida, ou de seus dependentes.

## LEI Nº 14.674, DE 14 DE SETEMBRO DE 2023

Altera a Lei Maria da Penha, para dispor sobre auxílio-aluguel a ser concedido pelo juiz em decorrência de situação de vulnerabilidade social e econômica da ofendida afastada do lar.  
*O auxílio-aluguel será concedido por período de até 6 meses.*

## LEI n.º 14.550, DE 19 DE ABRIL DE 2023

ACESSE NA ÍNTEGRA TODAS AS  
LEGISLAÇÕES:



CLIQUE OU ESCANEIE  
O QR-CODE

# Programa de Cooperação

Medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher.

## SINAL VERMELHO

Por meio da Lei nº 14.188 de 28 de julho de 2021, institui-se o programa de COOPERAÇÃO SINAL VERMELHO contra a Violência doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. A referida Lei modifica a modalidade de pena da lesão corporal simples, cometida contra a mulher devido à condição do sexo feminino e também inclui a violência psicológica no Código Penal.

A vítima poderá realizar a denúncia através do código (sinal em formato de 'X'), sendo feito preferencialmente na mão e com cor vermelha, ao procurar órgãos públicos e entidades privadas. Ao ser constatada a existência de risco à vida ou integridade, seja física ou psicológica da mulher em situação de violência ou de seus dependentes, o agressor será afastado do lar imediatamente.

A realização do programa dar-se-a mediante integração entre o Poder Executivo, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, entidades privadas e órgãos de segurança pública.



# PARTE III

**O cuidado à mulher vítima de  
violência**

**22**

# REQUISITOS

DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O profissional deve possuir alguns requisitos para prestar um atendimento adequado à mulher vítima de Violência.

**SÃO ELES:**



# Como o agente comunitário de saúde pode auxiliar a mulher em situação de violência?

Se alguma mulher em sua microárea de atuação lhe relatar estar vivenciando situação de violência você pode:



## Privacidade

Assegurar-se com a mulher se no local onde estão conversando, é possível ela ter privacidade e se houver outras pessoas presentes na conversa, perguntar se é de consentimento da vítima a participação.



## Acolhimento

Realizar uma escuta acolhedora, livre de pré-conceitos e/ou pré-julgamentos. Pense no quanto pode estar sendo difícil para esta mulher está lhe contando sobre sua situação de sofrimento, logo ela precisa de uma escuta e não de opiniões sobre o que deve fazer.



## Sigilo

Afirmar que a conversa é de caráter sigiloso, ou seja, você não contará para outras pessoas da comunidade.



## Apoio

Demonstrar apoio à mulher.



## Orientações

Orientar sobre a denúncia da situação de violência, você pode orientar sobre os serviços de proteção e atendimento à mulher em situação de violência que estão disponíveis na sua cidade ou região.



## Direitos

Realizar orientações sobre os direitos da mulher em situação de violência.

# FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Ao tomar conhecimento do caso de violência, lembre-se de realizar a **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**.

**NOTIFICAÇÃO**



*Esta notificação não depende de consentimento da vítima e é de obrigação do profissional de saúde, incluindo agente comunitário de saúde.*



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



*Orientar e respeitar a decisão da mulher.*

## A notificação compulsória é uma denúncia?

Embora sejam muitas vezes tratadas como sinônimos por profissionais da área da saúde, a notificação não é denúncia. A denúncia ou boletim de ocorrência ocorre quando o fato de violência contra mulher é relatado aos órgãos como Polícia Militar, Polícia Civil, Ministério Público e Disque Direitos Humanos. **Importante destacar que os profissionais de saúde podem denunciar, porém é preciso respeitar a decisão da mulher (dependendo das sua capacidade e julgamento, e se não haver menores incapazes envolvidos na violência).**

# A notificação compulsória de violência como instrumento de cuidado

A notificação compulsória se trata de comunicação obrigatória a autoridade sanitária local, sendo realizada por profissionais de saúde da rede de serviços, sendo eles públicos ou privados ou qualquer cidadão.

A notificação compulsória de casos de violência contra a mulher é regulamentada pela **Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003, que estabelece como objetos de notificação compulsória os casos suspeitos e confirmados de violência doméstica. Os casos de violência sexual e tentativa de suicídio são de **notificação imediata**.

Através da notificação se tem a compreensão da realidade epidemiológica do agravo e contribui para elaboração e manutenção das políticas públicas que é inserida no Sistema de Informação de Agravos (SINAN), permitindo realizar um diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, fornecendo subsídios para planejamento de ações, avaliação de riscos, contribuindo assim, para identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Nesse sentido, auxilia a gestão para o planejamento da saúde, definindo prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. Por fim, reitera-se a importância da notificação como instrumento de cuidado e garantia de direitos. A notificação se constitui como uma primeira etapa para inclusão de mulheres em situação de violência linhas de cuidado, a fim de prover atenção integral á essas mulheres e garantir seus direitos.



CLIQUE NO ÍCONE OU  
ESCANEIE O QR CODE

ACESSE NA ÍNTEGRA A  
FICHA NOTIFICAÇÃO  
COMPULSÓRIA.





# PARTE IV

**Como identificar se estou  
em situação de violência?**

**27**

# O CICLO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER



# Violência Contra Mulher

O ciclo da violência é composto por 3 fases: tensão, episódio agudo de violência e lua de mel.



## FASE 1 - Tensão

Nessa fase, acontece o aumento da tensão, momento em que ocorrem incidentes de violência. É caracterizada pela humilhação psicológica que se tornam mais ofensivas e hostis, opressão por parte do homem, ciúme e possessividade.



## FASE 2 - Ato da Violência

Esta fase é definida como mais breve que a anterior e a seguinte, é a que ocorre a descarga da tensão. A mulher começa a apresentar sintomas psicossomáticos nessa fase.



## FASE 3 - Lua de Mel

O agressor sabe que seu comportamento foi inadequado, pede perdão e faz promessas de que o episódio de violência não ocorrerá novamente.

# Por que muitas mulheres continuam no relacionamento?

**Nem sempre a mulher sai do relacionamento e muitos motivos contribuem para isso como:**

- Falta de rede de apoio,
- Dependência financeira,
- Adoecimento psicológico decorrente da situação de violência,
- Julgamento de outras pessoas,
- Medo do agressor,
- Medo de perder a guarda dos filhos.

É importante compreender que a vítima é quem decide quando sair do relacionamento ou realizar denúncia. Toda tomada de decisão envolve um processo e que muitas vezes, não acontece na rapidez de uma pessoa que não está vivenciando essa situação de violência e julga a necessidade de denunciar o agressor.

## **Lembre-se:**

“Não existe mulher que gosta de apanhar; o que existe é mulher humilhada demais para denunciar, machucada demais para reagir, com medo demais para acusar, dependente demais para ir embora.” - Autor desconhecido.



## **CONSEQUÊNCIAS PARA SAÚDE DA MULHER DEVIDO VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO**

Síndrome do pânico;  
Transtorno de estresse pós-traumático.  
Transtorno de ansiedade;  
Transtorno depressivo;  
Abuso de substâncias;  
Distúrbios do sono;  
Alterações motoras devido às agressões físicas;  
Picos hipertensivos;



# VIOLENTÔMETRO

O violentômetro é um material informativo que **pode e deve** ser utilizado como **ferramenta de prevenção à violência**, possibilitando que as pessoas identifiquem e reconheçam os diferentes tipos e graus que a agressão pode assumir nas relações íntimas de afeto.

1

## FIQUE ATENTA

A violência está presente

Enganar/Chantagear/Mentir  
Ridicularizar/Ofender  
Humilhar/Ignorar/Ciúmes  
Excessivo/Culpar/Ofensas  
Ameaçar/Proibir/Controlar  
Assediar sexualmente

2

## REAJA

Denuncie e peça ajuda

Destruir bens  
Xingar  
Brincar de bater e beliscar  
Arranhar e empurrar  
Machucar  
Agredir e chutar

3

## VIDA EM PERIGO

Confinar  
Prender  
Causar Lesão Corporal  
Ameaçar com armas ou objetos  
Ameaçar de morte  
Abusar sexualmente  
Espancar/matar



# PARTE V

Rede de atendimento e  
proteção da mulher vítima

de violência **29**

# SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO E PROTEÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO VIOLÊNCIA

Centro de Referência  
Especializado de Assistência  
Social (CREAS)  
(48) 3445-8925

Delegacia de Proteção à  
Criança, ao Adolescente, à  
Mulher e ao Idoso (DPCAMI)  
(48) 3403-1717

Rede Catarina de Proteção à  
Mulher - 190

Ministério Público de Santa  
Catarina (MPSC)  
(48) 3330-2570

Juizado Especial Criminal e  
Violência Doméstica e Familiar  
contra a Mulher  
(48) 3403-5226 e 3403-5229

Defensoria Pública de Santa  
Catarina  
(48) 3403-1133

Polícia Militar de Santa  
Catarina (PMSC)  
(48) 3435-0156

Núcleo de Prevenção às  
Violências e Promoção à Saúde  
(NUPREVIPS)  
(48) 3431-2764

Centro de Atenção  
Psicossocial II (CAPS)  
(48) 3445-8736

Centro de Atenção  
Psicossocial III (CAPS)  
(48) 3403-3450

Serviço de Atendimento Móvel  
de Urgência (SAMU) - 192

Procurar a UBS do seu bairro  
ou a rede de urgência  
(UPA's e hospitais públicos ou  
privados).

# REFERÊNCIAS

---

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

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, DF: Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL, M. DA S. PORTARIA Nº-204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. Lei nº 13.505, de 8 de novembro de 2017. Acrescenta dispositivos à Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre o direito da mulher em situação de violência doméstica e familiar de ter atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado, preferencialmente, por servidores do sexo feminino. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL, M. DA S. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Lei nº 13.641, de 3 de abril de 2018. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para tipificar o crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.772, de 19 de dezembro de 2018. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para reconhecer que a violação da intimidade da mulher configura violência doméstica e familiar e para criminalizar o registro não autorizado de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.827, de 13 de maio de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para autorizar, nas hipóteses que especifica, a aplicação de medida protetiva de urgência, pela autoridade judicial ou policial, à mulher em situação de violência doméstica e familiar, ou a seus dependentes, e para determinar o registro da medida protetiva de urgência em banco de dados mantido pelo Conselho Nacional de Justiça. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Lei nº 13.871, de 17 de setembro de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às vítimas de violência doméstica e familiar e aos dispositivos de segurança por elas utilizados. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

# REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.880, de 8 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para prever a apreensão de arma de fogo sob posse de agressor em casos de violência doméstica, na forma em que especifica.. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Lei nº 13.882, de 8 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para garantir a matrícula dos dependentes da mulher vítima de violência doméstica e familiar em instituição de educação básica mais próxima de seu domicílio. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Lei nº 13.894, de 29 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para prever a competência dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher para a ação de divórcio, separação, anulação de casamento ou dissolução de união estável nos casos de violência e para tornar obrigatória a informação às vítimas acerca da possibilidade de os serviços de assistência judiciária ajuizarem as ações mencionadas; e altera a Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), para prever a competência do foro do domicílio da vítima de violência doméstica e familiar para a ação de divórcio, separação judicial, anulação de casamento e reconhecimento da união estável a ser dissolvida, para determinar a intervenção obrigatória do Ministério Público nas ações de família em que figure como parte vítima de violência doméstica e familiar, e para estabelecer a prioridade de tramitação dos procedimentos judiciais em que figure como parte vítima de violência doméstica e familiar. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Lei nº 13.984, de 3 de abril de 2020. Altera o art. 22 da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para estabelecer como medidas protetivas de urgência frequência do agressor a centro de educação e de reabilitação e acompanhamento psicossocial . Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2020.

BRASIL. Lei nº 14.188 de 28 de julho de 2021. Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), em todo o território nacional; e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021.

BRASIL. Lei nº 14.541, de 3 de abril de 2023. Dispõe sobre a criação e o funcionamento ininterrupto de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023.

BRASIL. Lei nº 14.550, de 19 de abril de 2023. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre as medidas protetivas de urgência e estabelecer que a causa ou a motivação dos atos de violência e a condição do ofensor ou da ofendida não excluem a aplicação da Lei. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023.

BRASIL. Lei nº 14.674, de 14 de setembro de 2023. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre auxílio-aluguel a ser concedido pelo juiz em decorrência de situação de vulnerabilidade social e econômica da ofendida afastada do lar. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023.

DINIZ, Normélia Maria Freire; GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; MOTA, Rosana Santos; PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; GOMES, Nadirlene Pereira. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 64, n. 6, p. 1010-1015, dez. 2011. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/reben/a/pBSzt3JnXnMkyWV8t3JSL4D/#>>. Acesso em: 12 out. 2023.

# REFERÊNCIAS

FERREIRA, Marcela de Freitas; MORAES, Claudia Leite de; REICHENHEIM, Michael Eduardo; VERLY JUNIOR, Eliseu; MARQUES, Emanuele Souza; SALLES-COSTA, Rosana. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 161-172, jan. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/6FYR4XMCKmCHzRLHBKrfVRy/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out 2023.

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 307-314, ago. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/bJqkynFqC6F8NTVz7BHnt9s/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 11 out. 2023.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. Quem é Maria da Penha? , 2018. Disponível em: <<https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>>. Acesso em: 20 set. 2023.

KRUG, E. G.; ET AL. The world report on violence and health. *The lancet*, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *REV BRAS EPIDEMIOL*, v. 23, p. 1-13, 2020.

MINAYO, M. C. DE S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. Em: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-42.

NETTO, Leônidas de Albuquerque; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; BRAVO, María del Mar Pastor. Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 27, n. 5, p. 458-464, out. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/yhwcb73nQ8hHvgJGXHhzw8P/?lang=pt>>. Acesso em: 12 out. 2023.

OLIVEIRA, Patrícia Peres de; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; SANTOS, Walquíria Jesusmara dos; SILVEIRA, Edilene Aparecida Araújo da; ELIAS, Sandra Cristina. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica: a phenomenological approach. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 196-203, mar. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/SM7VNXbnFWqgW9nZy3bnwtL/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. 2010.

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

# VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER



FRANCIELE MAIA FARIAS

**ANEXO (S)**

## ANEXO 1 - Carta de Aceitação



**Prefeitura de Criciúma**  
**Poder Executivo**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Educação Permanente em Saúde e Humanização - EPSHU-SUS**

**De:** Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de EPSHU

**Requerente:** Franciele Maia Farias

**Assunto:** Solicitação de Pesquisa na Saúde

**Processo nº:** 656479

Criciúma, 07 de Dezembro de 2022.

### CARTA DE ACEITE

Prezado (a),

Cumprimentando-o (a) cordialmente, vimos por meio deste **DEFERIR** a solicitação para realização da pesquisa intitulada: **"Violência doméstica contra a mulher: Material didático para educação permanente de agentes comunitários(as) de saúde."**, estudo a ser realizado pelo (a) acadêmico (a) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) [Mestrado Profissional], **Franciele Maia Farias**, sob a responsabilidade do orientador (a) **Profª. Dra. Fabiane Ferraz**, da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.


Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Secretaria de Saúde de Criciúma, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos.

Além disso, a data para levantamento dos dados deverá ser combinada antecipadamente com a Unidade de Saúde/Local na qual a pesquisa será aplicada bem como a Gerência de Educação Permanente em Saúde e Humanização através do e-mail "educacaopermanente.saude@criciuma.sc.gov.br".

Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, deverão apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais para o momento, renovo votos de elevada estima e distinta consideração, e coloco-me à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

Atenciosamente,

  
**MUNICÍPIO DE CRICIÚMA**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Daniela Mendes de Abreu Réus  
 Rua Doméstico Sérgio, 542 - Bairro Serra Garbana - CEP: 88804-000 - Criciúma/SC - Fone: 3445-8400  
 Site: www.criciuma.sc.gov.br

**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Criciúma/SC**



## ANEXO 2 - Parecer substanciado do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: MATERIAL DIDÁTICO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS(AS) DE SAÚDE

**Pesquisador:** Fabiane Ferraz

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 65890222.1.0000.0119

**Instituição Proponente:** Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.821.232

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa diagnóstica, do tipo descritiva por conveniência. A pesquisa diagnóstica consistirá na aplicação de questionário as(aos)

agentes comunitários(as) de saúde, com o objetivo de compreender as suas vivências profissionais, formação e conhecimento no que diz respeito a

violência doméstica contra a mulher. Este diagnóstico embasará a elaboração do produto. A pesquisa diagnóstica ocorre por meio de levantamento.

Segundo Gil (2022), estas pesquisas são caracterizadas pela interrogação direta de pessoas sobre o tema que se deseja conhecer. É realizado

através da solicitação de informações para um grupo de pessoas referente ao problema de pesquisa e, posteriormente obtém-se conclusões dos

dados que foram coletados. A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características sejam elas de alguma população/fenômeno ou

ainda o estabelecimento de ligação entre variáveis (GIL, 2019).

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Elaborar material didático para educação permanente em saúde de agentes comunitárias (os) de saúde acerca da violência doméstica contra a

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesoc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.821.232

mulher.

Objetivo Secundário:

- a. Identificar as vivências profissionais, formação e conhecimento das(os) agentes comunitárias(os) de saúde sobre violência doméstica contra a mulher;
- b. Verificar as principais dúvidas das (os) agentes comunitárias (os) de saúde sobre violência doméstica contra a mulher;
- c. Sensibilizar as (os) agentes comunitárias (os) para participação de ações de educação permanente em saúde, que serão realizadas a partir do material didático construído.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Em relação aos riscos, por se tratar de um questionário auto preenchido de forma on-line, a pesquisa não oferecerá grandes riscos físicos aos participantes. Entretanto, durante a coleta de dados o participante poderá ficar sensível devido o tema. Nessas situações será oferecido espaço para acolhimento psicológico de demandas que possam surgir, visto que a pesquisadora principal é psicóloga. Fica garantido que a qualquer momento o(a) participante poderá desistir da pesquisa. Atendendo a lei de proteção de dados, informamos que não haverá risco nesse sentido, visto que a SMS não irá disponibilizar nenhum contato pessoal das pessoas que aceitarem participar do estudo, pois o envio do instrumento aos participantes será realizado por pessoa designada pela SMS.

Benefícios:

No que se refere aos benefícios da pesquisa, seus resultados contribuirão para a construção do produto no formato material didático (caderno de tutor e de estudante), o qual irá contribuir para ações de EPS sobre o tema do cuidado a mulheres vítimas de violência doméstica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa interessante de tema importante que será desenvolvida no nível local, tendo o potencial de proporcionar importantes aportes acerca do fenômeno da violência, e das possíveis estratégias

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2808

E-mail: cetica@uneso.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.821.232

de combate.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios presentes tais como TCLE, carta de aceite, e folha de rosto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2063111.pdf	07/12/2022 22:05:45		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_Assinada.pdf	07/12/2022 22:05:20	Fabiane Ferraz	Aceito
Declaração de concordância	CartaAceite_FrancieleFarias.pdf	07/12/2022 22:05:11	Fabiane Ferraz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DissertacaoFrancieleMaia_CEP.pdf	07/12/2022 22:04:35	Fabiane Ferraz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoDissertacao_Franciele.pdf	07/12/2022 22:04:05	Fabiane Ferraz	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRICIUMA, 16 de Dezembro de 2022

Assinado por:  
Patricia duarte Simões Pires  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2808

E-mail: cetica@unesc.net