

Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil

Notification of violence as a strategy for health surveillance: profile of a metropolis in Brazil

Milene Maria Xavier Veloso¹
Celina Maria Colino Magalhães¹
Débora Dalbosco Dell'Aglio²
Isabel Rosa Cabral³
Maisa Moreira Gomes⁴

Abstract *Violence is a serious public health problem and notification of incidents is fundamental for epidemic surveillance and for the definition of priorities and public politics of health prevention and promotion. The study sought to characterize the occurrence of domestic violence, sexual and other forms of violence, based on the information of the database of the Information System of Notification of Offences (Sinan), on the records of violence of the city of Belém in the state of Pará, in the period from January 2009 to December 2011. In this period 3,267 notifications were recorded, which represented an increase of 240% in the number of notifications of the year 2009 compared to 2011. In relation to the sex of the victims it was observed that, on average, 83.2% of cases against women and this proportion was similar in all three years analyzed. Sexual violence was the most prevalent with 41.8% of reported cases; followed by psychological violence at 26.3% and physical violence at 24%. The results show that notification is fundamental for understanding the profile of violence and for intervention and elaboration of integrated public politics that promote health and the quality of life in this area of Brazil.*

Key words *Notification, Violence, Health surveillance*

Resumo *A violência é um problema de saúde pública e sua notificação é fundamental para a vigilância epidemiológica e para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. O estudo objetivou caracterizar a ocorrência de violência doméstica, sexual e de outras, a partir das informações do banco de dados do Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN), das fichas de notificação de violência da cidade de Belém (PA), no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. Foram sistematizadas 3.267 notificações, representando um aumento de 240% de 2009 a 2011. Em relação ao sexo das vítimas, observou-se que, em média, 83,2% dos casos atingiram as mulheres, proporção esta semelhante nos três anos analisados. A violência sexual foi a mais presente com 41,8%; seguida da violência psicológica com 26,3% e da violência física com 24,0%. Os resultados demonstram a importância do conhecimento do perfil das violências para intervenção e elaboração de políticas públicas interseoriais que promovam a saúde e a qualidade de vida nesta região do Brasil.*

Palavras-chave *Notificação, Violência, Vigilância em saúde*

¹ Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Pará. Av. Augusto Correa 01 Campus Universitário, Guamá. 66075-900 Belém PA. mveloso@ufpa.br

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Faculdade de Biomedicina, Universidade Federal do Pará.

⁴ Departamento de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Município de Belém do Pará.

Introdução

A violência tem se configurado como um problema mundial, presente em todas as sociedades ao longo da história. Embora de natureza bastante complexa, um dos conceitos utilizados a considera como o uso da força física ou do poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação¹.

Outros autores como Minayo e Souza² sugerem que a violência precisa ser analisada na perspectiva da sociedade que a produziu, pois o fenômeno se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem também por ela ser desconstruídos e superados. Estudos sobre o tema têm apontado que, ao mesmo tempo em que fatores biológicos e individuais explicam algumas das predisposições à agressão, é mais frequente que esses interajam com aspectos familiares, comunitários, culturais e outros fatores externos para, assim, criar uma situação propícia à violência³.

A violência, nessa perspectiva, é um fenômeno complexo e desencadeado por múltiplos fatores e, portanto, precisa ser visto no contexto, meio cultural e momento histórico em que acontece. Sobretudo, precisa ser investigado a partir da percepção que os indivíduos constroem ao longo de seu processo de desenvolvimento. A descrição do que é violento, dentro de um modelo narrativo, depende de um determinado contexto⁴.

No cenário mundial a violência tem sido apontada como uma das principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos. E merece destaque a violência doméstica como maior causa de ferimentos femininos e principal causa de morte de mulheres entre 14 a 44 anos. Este cenário impulsionou a 49ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1996, a declarar a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública⁵.

Estima-se ainda que um em cada cinco dias em que as mulheres faltam ao trabalho é motivado pela violência doméstica e que 80% dos abusos sexuais cometidos contra crianças e adolescentes acontecem na casa da própria vítima. Os perpetradores de abuso sexual, tanto para as vítimas do sexo feminino quanto do sexo masculino, são predominantemente homens. Os casos fatais de abuso físico são muito encontrados

entre crianças muito novas e a maioria das vítimas tem menos de dois anos de idade⁵.

Os dados também indicam que essa violência é cometida por parte das mães, embora os homens sejam os perpetradores mais comuns de lesões na cabeça, que ameaçam a vida, utilizando-se de agressões como fraturas e outros ferimentos fatais. Na maioria dos países, as meninas correm mais riscos em relação a infanticídio, abuso sexual, negligência educacional, nutricional e prostituição forçada. Porém, quando são consideradas apenas as punições físicas severas, em muitos países os meninos são mais vulneráveis, talvez devido a uma crença relacionada à preparação para os papéis e responsabilidades do adulto, ou ainda, por se considerar que os meninos precisam de mais disciplina física³.

No Brasil, os agravos causados pelas causas externas (acidentes e violências), representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos. Dados do Ministério da Saúde revelaram, no período de 1980 a 2006, um total de 2.824.093 óbitos por causas externas. Entre o início e o fim desse período, houve um aumento de 78% na frequência das causas externas, passando de 70.212 óbitos em 1980 para 125.237 óbitos em 2006³.

As causas externas causam grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, pois atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas nos casos de violência, e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas⁶. Apesar disso, somente nas últimas décadas a questão da violência no Brasil recebeu atenção especial em pesquisas e nos planos de enfrentamento e intervenção. Nesse sentido, uma das ações do Ministério da Saúde tem sido o monitoramento da violência para fins de vigilância epidemiológica. No entanto, até o ano de 2006 era possível conhecer o perfil das violências ocorridas no país apenas por meio da análise dos dados da declaração de óbito (DO) e da autorização de internação em hospitais públicos ou autorização de internação hospitalar (AIH), fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)⁶.

Em função desse cenário, o Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: (1) vigilância de violência doméstica, sexual,

e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), e (2) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela), com o objetivo de gerar avaliações de forma mais ampla sobre o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do país. Essa estratégia de vigilância configura-se como uma ferramenta para aquisição de informações que podem ser utilizadas para planejar e executar medidas de prevenção das chamadas causas externas e da morbimortalidade no Brasil⁵.

A implementação deste sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo e Sentinela, é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O registro dos dados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pelas SMS, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o que é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica de Estados e Municípios. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das vítimas e dos (as) prováveis autores (as) das violências⁵.

Outro aspecto importante do dispositivo de notificação está relacionado à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois estas informações deverão subsidiar o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde⁵. Além disso, a notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Entre eles, destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990⁷; a Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher⁸; e a Lei nº 10.741/2003 – que define o Estatuto do Idoso⁹.

No município de Belém (PA) o sistema de notificação foi implantado em 2009 e fez parte de um inquérito nacional que buscou caracterizar as vítimas de violência e acidentes atendidos em serviços de urgência no período de 30 (trinta) dias em todas as capitais do Brasil. Ainda como

parte desse processo, no dia 30 de abril de 2010 foi criado o Núcleo de Prevenção às Pessoas em Situação de Violência Doméstica e Promoção da Paz no Município de Belém – NUPVID, por meio da Portaria nº 0374/2010 GABS/SESMA/PMB, com o objetivo de articular a rede de atenção integral às pessoas em situação de violência. A partir de então, foram realizadas capacitações dos profissionais de saúde dos hospitais municipais, estaduais e militares, assim como das Unidades Básicas de Saúde, das Unidades Saúde da Família e Casas Especializadas do município de Belém para o uso da ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras, bem como para o conhecimento do fluxo dessas na rede até o seu registro no SINAN.

É importante ressaltar que a vigilância epidemiológica de violências pretende, além de obter informações sobre as características desses agravos, subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito a saúde e a vida. Busca-se, assim, incentivar a formação de redes de atendimento às pessoas vítimas de violências e, dessa forma, garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo descrever as ocorrências de violência dos casos notificados em Belém (PA) para subsidiar o debate sobre o planejamento de ações de enfrentamento da violência.

Método

Foi realizado um estudo descritivo, a partir do banco de dados do SINAN, com as informações das fichas de notificação de violência doméstica e sexual e outras, da cidade de Belém (PA), referentes ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. A ficha de notificação, entre outras informações, contém dados da pessoa atendida, de sua residência, dados da ocorrência, tipologia da violência, características da violência sexual (quando for o caso), consequências da violência, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento.

Os dados foram tabulados no Departamento de Vigilância em Saúde (DEVS), do município de Belém do Pará. Algumas variáveis foram submetidas à análise estatística para testar alterações no perfil das amostras segundo o ano. Para tanto, foram realizados os testes do qui-quadrado e G utilizando-se o programa BioEstat 5.0.3¹⁰. Neste estudo foram respeitados todos os aspectos

tos éticos legalmente previstos, com aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará e a manutenção do respeito ao sigilo dos informantes.

Resultados

Os resultados revelaram a notificação de 3.267 casos em Belém, entre os anos de 2009 a 2011. Considerando-se apenas os residentes na região metropolitana de Belém, obteve-se uma média de 1,36 casos de violência notificados para cada 1000 habitantes. Do total, foram notificados 624 casos em 2009 e 1.124 em 2010, o que significou um aumento de 80,1%. Em 2011, o número chegou a 1.519 casos notificados, indicando um aumento importante nas ocorrências sistematizadas, em torno de 240%, quando comparados ao ano de 2009, antes da capacitação dos profissionais da rede saúde pública.

Em relação aos casos de violência, de acordo com a unidade notificadora foi possível observar que um hospital materno infantil do Pará, que mantém um programa de atendimento integral a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, foi responsável por 100% das notificações em 2009 e 99% em 2010. Em 2011, as notificações desse hospital representaram 72% do total, quando duas unidades de urgência e emergência começaram a notificar os casos de violência e contribuíram com 22,6% das notificações.

Analisando-se a ocorrência de violência segundo o sexo das vítimas, observou-se que, em média, 83,2% dos casos atingiram as mulheres, proporção essa que se mostrou semelhante nos três anos analisados ($\chi^2 = 5,251$; $p = 0,724$) e independente do tipo da violência notificada ($\chi^2 = 4,448$; $p = 0,349$). Considerando-se os tipos de violência

identificados nas notificações, os mais prevalentes foram: violência sexual (41,8%); violência psicológica/moral (26,3%) e violência física (24,0%), conforme pode ser visualizado na Tabela 1. Vale ressaltar que a proporção de violência segundo o sexo se manteve ao longo dos três anos, o que permitiu o agrupamento de ambos os sexos para análises específicas. Dessa forma, obteve-se que a proporção entre os tipos de violência diferiu entre os anos analisados, demonstrado pelo teste G ($p < 0,0001$), e que a notificação dos casos de tortura diminuiu ao longo dos anos ($\chi^2 = 134,567$; $p < 0,0001$). Além disso, houve um aumento dos casos de violência física notificados no ano de 2011 ($\chi^2 = 43,09$; $p < 0,0001$), o que coincidiu com o início das notificações por duas unidades de urgência e emergência.

É importante ressaltar que o total de registros de violência segundo o tipo (3.908), apresentado na Tabela 1, difere do total de casos notificados (3.267), pois em alguns casos foi identificada a associação de diferentes tipos de violência, por exemplo, violência sexual associada à física e à psicológica. Merece destaque o fato de que, ao ser considerada somente a amostra de vítimas do sexo feminino e maiores de 19 anos ($n = 663$), identificou-se uma alteração nas taxas dos diferentes tipos de violência, em relação ao total de mulheres, com um aumento significativo na taxa de agressão física (de 23,8% para 49,6%) e redução proporcional na agressão sexual (de 41,9% para 15,4%), de modo que esse grupo diferiu do restante da amostra de mulheres, assim como da amostra total ($p < 0,0001$).

Na análise por faixa etária, conforme apresentado na Tabela 2, observou-se uma maior incidência dos casos de violência nas faixas de 1 a 9 anos e de 10 a 19 anos, atingindo, portanto, mais crianças e adolescentes. A faixa etária mais vulnerável parece ser a de crianças e adolescentes

Tabela 1. Frequências absolutas (*f*) e relativas (%) dos tipos de violência identificados nas notificações em Belém*.

Tipo de Violência	2009		2010		2011		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Física	331	22,4	501	20,3	768	28,1	1.600	24,0
Psicológica/moral	359	24,3	680	27,9	709	26,0	1.757	26,3
Tortura	161	10,9	135	5,5	66	2,4	362	5,4
Sexual	599	40,5	1.095	44,3	1.099	40,2	2.793	41,8
Outros tipos	28	1,9	48	1,9	89	3,2	165	2,5
Total	1.477	100	2.469	100	2.731	100	6.677	100

Fonte: Sinan, 2011. * Dados sujeitos a alterações.

com 85,1% dos casos notificados. A proporção de casos segundo a faixa etária diferiu entre os anos estudados, merecendo destaque que o ano de 2011 teve essa diferença mais acentuada ($p < 0,0001$), pelo aumento de notificação em maiores de 19 anos de idade, incluindo-se 1% de casos de agressão a pessoas de 60 anos e mais, descritos na Tabela 2.

Os principais autores da agressão são do sexo masculino (90,5%) e pessoas próximas às vítimas, sendo os amigos e conhecidos responsáveis por 38,2% da violência notificada (Tabela 3). Considerando-se a relação entre vítima e agressor, não foi observada diferença entre as proporções obtidas para os anos de 2009 e 2010 ($G = 21,794$; $p = 0,15$), todavia essa foi bastante significativa entre 2010 e 2011 ($G = 128,686$; $p < 0,0001$), com aumento na participação do cônjuge (de 1,05% para 7,25%), ex-cônjuge (de 0,17% para 1,88%) e mãe (0,35% para 1,34%) como agressores.

Investigou-se o meio utilizado pelo provável autor da agressão para cometer a violência e,

conforme podemos observar na Tabela 4, o mais utilizado foi a ameaça, com 59,7%, seguida da força corporal/espancamento com 27,4%. No ano de 2011, houve uma acentuada redução de casos com registro de ameaça, em relação aos demais anos analisados, ao mesmo tempo em que houve um aumento na proporção do uso da força corporal/espancamento ($p < 0,0001$).

Também pode ser observado na Tabela 4 que o total apresentado difere do total de casos notificados, isto se deve ao fato de que numa situação de violência podem ser utilizados mais de um meio de agressão. Em relação ao nível de escolaridade das vítimas, tem-se que 839 pessoas (25,7%) não se encontravam em idade escolar e que em 513 fichas (15,7%) não foi coletada essa informação, fato este que pode comprometer uma análise mais detalhada. Dos casos notificados de pessoas em idade escolar com referência à escolaridade ($n = 1.915$) tem-se que 1,0% declararam-se analfabetos e que 87,4% não concluíram o ensino fundamental, sendo que 12,2% referiram ter concluído

Tabela 2. Distribuição dos casos de violência notificados em Belém, no período de 2009 a 2011, segundo a faixa etária*.

	2009		2010		2011		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
< de 1 ano	9	1,4	21	1,9	42	2,8	72	2,2
1 a 9 anos	243	38,9	537	47,8	502	33,0	1.282	39,2
10 a 19 anos	344	55,1	528	47,0	628	41,3	1.500	45,9
20 a 39 anos	26	4,2	31	2,8	275	18,1	332	10,2
40 a 59 anos	2	0,3	7	0,6	57	3,8	66	2,0
60 anos e mais	0	0	0	0	15	1,0	15	0,5
Total	624	99,9	1.124	100	1.519	100	3.267	100

Fonte: Sinan, 2011. * Dados sujeitos a alteração.

Tabela 3. Frequências absolutas e relativas de casos de violência não especificada, segundo a relação vítima x agressor. Belém, 2009 e 2011*.

Agressor	2009		2010		2011		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Amigos/Conhecidos	239	37,0	474	41,5	538	36,1	1.251	38,2
Desconhecido(a)	96	14,9	152	13,3	250	16,8	498	15,2
Padrasto	78	12,1	128	11,2	142	9,5	348	10,6
Pai	50	7,7	110	9,6	105	7,1	265	8,1
Namorado(a)	40	6,2	56	4,9	81	5,4	177	5,4
Irmão(ã)	10	1,5	13	1,1	25	1,7	48	1,5
Cônjuge	2	0,3	12	1,0	108	7,3	122	3,7
Outros	131	20,3	198	17,3	240	16,1	569	17,4
Total	646	100	1.143	100	1.489	100	3.278	100

Fonte: Sinan, 2011. * Dados sujeitos a alteração.

apenas o primeiro ciclo do ensino fundamental (até 4ª série). Apenas 2,2% concluíram o ensino fundamental, proporção semelhante àquela que concluiu o ensino médio (2,6%) (Tabela 5).

Em relação ao local em que ocorreu a violência, a residência das vítimas foi a mais notificada em todos os anos analisados no estudo, com um total de 74% das ocorrências, seguida da via pública com 11,3% das notificações. Aqui, mais uma vez, detectou-se uma mudança no perfil no ano de 2011, com um aumento significativo do número de casos onde a agressão se deu em via pública (de 7,8% para 14,5%; $\chi^2 = 25,89$; $p < 0,0001$) e simultânea redução da proporção de agressões na residência da vítima (de 84,6% para 75,8%; $\chi^2 = 27,552$; $p < 0,0001$). Em resumo, no ano de 2011, identificaram-se as seguintes alterações em relação aos demais anos: (1) participa-

ção significativa de unidades de urgência e emergência como notificadoras de violência; (2) aumento na proporção de casos notificados de violência física e simultânea redução da sexual; (3) aumento da idade média das vítimas de agressão e (4) aumento em 93,3% de notificação de agressão em via pública.

Discussão

Na caracterização geral das violências notificadas em Belém do Pará, observamos o aumento da frequência no número de casos notificados nos últimos três anos. Este dado pode ser atribuído ao trabalho do DEVS na busca ativa das fichas arquivadas nos serviços e a capacitação realizada com os profissionais de saúde para o

Tabela 4. Nº de casos de violência notificados segundo o meio de agressão. Belém, 2009 a 2011*.

Meio de Agressão	2009		2010		2011		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Força corporal / Espancamento	181	25,2	229	20,1	511	34,0	921	27,4
Enforcamento	4	0,6	12	1,1	17	1,0	33	1,0
Objeto contundente	6	0,8	10	0,9	36	2,4	52	1,5
Objeto perfuro-cortante	25	3,5	30	2,6	127	8,4	182	5,4
Substância/objeto quente	1	0,1	2	0,2	9	0,6	12	0,4
Envenenamento	1	0,1	2	0,2	16	1,1	19	0,6
Arma de fogo	23	3,2	17	1,5	57	3,8	97	2,9
Ameaça	476	66,3	836	73,4	696	46,3	2.008	59,7
Outros meios	1	0,1	1	0,1	35	2,3	37	1,1
Total	718	100	1.139	100	1.504	100	3.361	100

Fonte: Sinan, 2011. * Dados sujeitos a alteração.

Tabela 5. Frequências absolutas e relativas de casos de violência notificados segundo o grau de escolaridade das vítimas. Belém, 2009 a 2011*.

Grau de escolaridade	2009		2010		2011		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Analfabeto	4	1	5	0,8	11	1,3	20	1
1ª a 4ª série incompleta do EF	143	34,6	265	40,3	343	40,6	751	39,2
4ª série completa do EF	72	17,4	139	21,1	187	22,2	398	20,8
5ª a 8ª série incompleta do EF	151	36,6	177	26,9	197	23,3	525	27,4
Ensino fundamental completo	14	3,4	23	3,5	12	1,4	49	2,6
Ensino médio incompleto	18	4,4	40	6,1	53	6,3	111	5,8
Ensino médio completo	5	1,2	5	0,8	32	3,8	42	2,2
Educação superior incompleta	5	1,2	1	0,2	8	0,9	14	0,7
Educação superior completa	1	0,2	3	0,5	1	0,1	5	0,3
Total	413	100	658	100	844	100	1.915	100

Fonte: Sinan, 2011. * Dados sujeitos a alteração.

registro dos casos de violência atendidos nos Hospitais, Casas Especializadas, Unidades Básicas e Unidades de Saúde da Família no Município de Belém. Além disso, destaca-se para este incremento das notificações a criação do NUPVID, que iniciou um processo de estruturação da rede de notificação e atenção às pessoas em situação de violência. Destaca-se ainda a criação das Portarias do Ministério da Saúde, que tornaram obrigatória a notificação, por todos os profissionais de saúde, de todos os casos suspeitos e/ou confirmados de violência doméstica e sexual. Outra possibilidade de compreensão quanto ao aumento dos casos notificados pode estar relacionada ao número de fichas de notificação já existentes em um serviço especializado de um hospital maternidade do Pará. O programa implantado em 2004 realiza como parte de seu protocolo de atendimento o preenchimento da ficha de notificação de agravos e violência doméstica e sexual. Isto favoreceu a visibilidade dos casos de violência cometida contra a criança e o adolescente na modalidade abuso sexual, observado nos resultados deste estudo.

Ainda como parte do processo de capacitação desenvolvido pelo DEVS, foi possível observar que outras unidades do sistema de saúde, como os hospitais de urgência da capital, começaram a enviar para a secretaria as fichas de notificação dos casos de violência atendidos. Segundo Deslandes¹¹, a identificação dos casos de maus-tratos que chegam aos serviços públicos de saúde é uma realidade possível, desde que fornecidas aos profissionais condições instrumentais e esclarecidas suas responsabilidades. Isso parece ter acontecido no município de Belém se observarmos o aumento no número de notificações encaminhadas e sistematizadas no ano de 2011.

Outros estudos, como o realizado em Porto Alegre, ao analisar os entraves para a notificação, observaram que existe maior comprometimento dos profissionais de saúde com o registro, quando o caso envolve crianças e adolescentes, especialmente o abuso sexual, do que quando as vítimas são mulheres adultas. Os autores também observaram que os profissionais de enfermagem, que atuam em emergências são os que melhor notificam, pois desenvolvem um grande domínio na interlocução com as vítimas de agressão, permitindo-lhes saber, a partir dos depoimentos dos usuários, as histórias, as causas e as situações em que as violências aconteceram¹². Esses achados podem contribuir em parte para compreensão dos dados do município de Belém quanto à proporção de notificações de maus tra-

tos contra a criança e o adolescente e o crescimento do número de notificações nos hospitais de urgência e emergência.

Outros autores ressaltam que a efetivação de um procedimento desta natureza depende da possibilidade de o profissional de saúde ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. Por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir em seu atendimento e da rede de apoio formada e implementada pelo poder público¹³.

No presente trabalho, o número de notificações realizadas pelas unidades da rede, em especial da atenção básica, pode ser considerado reduzido se comparado aos de outras unidades, como os hospitais especializados e de urgência e emergência. No entanto, os resultados referentes ao ano de 2011 apontaram mudança nesse quadro e simultâneas alterações no perfil da violência em relação à faixa etária, pois houve aumento da notificação acima de 19 anos, e em relação ao tipo e meio de agressão, percebendo-se um aumento da agressão física e por força corporal/espantamento, simultaneamente à redução da taxa de ameaça. A mudança deste perfil em relação aos anos de 2009 e 2010 pode ser atribuída ao significativo número de notificações vindas dos hospitais de urgência e emergência da capital no ano de 2011, após a realização das capacitações e da estruturação da rede através do NUPVID.

Vale considerar ainda que a inserção deste tema na agenda do setor saúde no Município de Belém é recente, devendo aos poucos ser incorporado pelos gestores e profissionais de saúde, o que pode representar um aumento das notificações nos próximos anos se este trabalho de acompanhamento e de parceria entre a vigilância e a rede for continuado. Por outro lado, cabe assinalar que a situação de subnotificação dos casos de violência ainda é um problema a ser enfrentado em Belém e em outras capitais do país e os resultados deste estudo apontam que decisões político-administrativas como a implantação do NUPVID e as ações de vigilância epidemiológica deram resultados positivos no tocante à sistematização e visibilidade dos casos notificados¹⁴.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito aos preceitos legais como o ECA, o Estatuto do Idoso e as Portarias do Ministério da Saúde, referentes à obrigatoriedade da notificação que podem ser consideradas um avanço no campo da saúde e da cidadania. Há, no entanto, uma distância a ser vencida entre tais preceitos e a prática dos

profissionais da saúde vez que nem sempre tais profissionais se sentem preparados para assumir mais essa atribuição^{13,15}. O profissional de saúde não está preparado para identificar as várias faces dos atendimentos incluídos na classificação das causas externas, pois é comum, na emergência, desconsiderar a violência e quando identificada considerá-la um evento normal para o tipo de pessoa que está sendo atendida ou fazer o registro incompleto¹². Apesar disso, vale ressaltar que houve um aumento importante nas notificações em especial no ano de 2011 no município de Belém.

Em relação à frequência de casos de acordo com a faixa etária, pode ser observada uma maior prevalência nas faixas de 1 a 9 anos e de 10 a 19 anos. É importante considerar novamente que a fonte que mais realizou a notificação foi um serviço especializado de um hospital materno infantil em Belém (PA), que realiza atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, o que pode explicar uma maior concentração de casos nessa faixa etária e com este tipo de violência.

Em todos os anos, foi observada a prevalência de casos do sexo feminino em todas as faixas etárias e independente do tipo de violência. Esse dado também pode estar relacionado à prevalência de casos de violência sexual nas fichas coletadas. Por outro lado, a literatura tem demonstrado que as mulheres têm sido vítimas de violência, independente de idade, contexto social e acontece em diferentes culturas¹⁶. Os dados do presente estudo confirmam o que a literatura vem apontando em relação à violência contra a mulher.

A realidade dos casos de violência sexual contra a criança e o adolescente encontrada no município de Belém, também tem sido observada em outras regiões do País como a descrita no estudo de Costa *et al.*¹⁴, que encontrou 90% de casos de violência sexual em crianças na faixa etária entre 10 e 13 anos atendidas no conselho tutelar de Feira de Santana na Bahia entre 2003 e 2004. Além disso, Pelisoli *et al.*¹⁷, ao realizarem a caracterização dos atendimentos de um Centro de Referência que acolhe crianças e adolescentes em situação de violência sexual no Rio Grande do Sul, encontraram entre os anos de 2002 a 2006 um total de 4292 casos com uma média de 858 acolhimentos, sendo que 75% desses casos eram

do sexo feminino na faixa etária entre cinco e doze anos. Este cenário reforça a necessidade de enfrentamento dos casos de violência sexual que atingem crianças e adolescentes em todo o país.

Os dados do presente estudo também apontaram que os amigos/conhecidos são os principais autores de agressão, seguido de desconhecidos. No entanto a mãe não aparece entre as principais autoras, o que chama atenção se compararmos com outros estudos onde a mãe figura como principal autora em casos de negligência e violência física¹⁷. Deve-se observar que a maioria dos casos de violência notificados neste período, mais de 80%, foi perpetrada contra mulheres, em especial crianças e adolescentes. Além disso, na tipificação dos casos, a violência sexual aparece em mais de 41% das notificações o que pode explicar a caracterização da violência quanto aos autores não apontar a mãe como autora da agressão neste estudo. No entanto, em 2011, foi observado um aumento na proporção de casos onde o cônjuge e a mãe figuram como agressores, fato este que aproxima ao perfil do agressor sugerido por outros autores^{16,17}.

Considerações Finais

Os resultados apresentados apontam a necessidade de continuidade do processo de articulação e organização da rede e do NUPVID para consolidação das ações de vigilância em saúde assim como para fornecer subsídios ao poder público na definição de estratégias de enfrentamento do fenômeno da violência. Os desafios são muitos e a realização da notificação é fundamental para o conhecimento do perfil da violência para intervenção e prevenção. A intersetorialidade das ações e a formação de redes para atendimento às pessoas em situação de violência são indispensáveis para a condução de ações de prevenção e promoção da saúde¹⁸. Espera-se, com esta caracterização dos casos de violência do Município de Belém do Pará, incentivar a notificação e contribuir para a maior divulgação de informações que possam subsidiar a elaboração de políticas públicas integradas e intersetoriais e que efetivamente promovam a saúde e a qualidade de vida nesta região do país, assim como no Brasil.

Colaboradores

MMX Veloso trabalhou na concepção, na elaboração da pesquisa e na redação do artigo; MM Gomes trabalhou na coleta de dados; CMC Magalhães é orientadora do trabalho; DD Dell'Aglio trabalhou na revisão e na análise dos dados do artigo; e, IR Cabral trabalhou na análise estatística dos dados.

Agradecimentos

A Jecilane Pedroso do Departamento de Vigilância em Saúde por todo apoio dedicado, o nosso muito obrigado.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Global consultation on violence and health. *Violence: a public health priority*. Geneva: WHO; 1996.
2. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde* 1998; 4(3):513-531.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2007; 11(Supl.):1163-1178.
4. Cobb S. Dolor e pareja: la fuerza contra a -fuga de las narraciones de mujeres vi-ctimas en un refugio para mujeres golpeadas. In: Pakman M. *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedi; 1997. p. 17-61.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência Orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: MS; 2010.
6. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Macário MM. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos – Brasil, 2006 a 2007. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1669-1679.
7. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e da outras providencias. *Diário Oficial da União* 1990; 13 jul.
8. Brasil. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* 2003; 25 nov.
9. Brasil. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providencias. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
10. Ayres M, Ayres Júnior M, Ayres DL, Santos AS. *BioEstat 5.0: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas*. 5ª Edição. Belém (PA): Sociedade Civil Mamirauá, CNPq; 2007.
11. Deslandes SF. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, Claves; 1994.
12. Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. *Cienc Saude Colet* 2010; 10(2):419-431.
13. Gomes R, Silva Junqueira MFP, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(2):275-283.
14. Costa M, Carvalho R, Bárbara J, Santos C, Gomes W, Sousa H. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Cien Saude Colet* 2007; 2(5):1129-1141.
15. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):481-491.
16. Gadoni-Costa LM, Dell'Aglio DD. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. *Rev Interinst Psi* 2010; 2(2):151-159.

17. Pelisoli C, Pires JPM, Almeida ME, Dell'Aglio DD. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas Psi* 2010; 18(1):85-97.
18. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):745-749.

Artigo apresentado em 16/08/2012
Aprovado em 20/10/2012
Versão final apresentada em 06/11/2012