

# Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012

doi: 10.5123/S1679-49742013000300005

## Characterization of cases of physical, psychological and sexual violence and negligence reported in Recife, Pernambuco, 2012

**Maria Carmelita Maia e Silva**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Instituto Oswaldo Cruz e Coordenação de Prevenção aos Acidentes e Violência, Secretaria de Saúde do Recife, Recife-PE, Brasil

**Ana Maria de Brito**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Recife-PE, Brasil

**Alessandra de Lima Araújo**

Coordenação de Prevenção aos Acidentes e Violência, Secretaria de Saúde do Recife, Recife-PE, Brasil

**Marcella de Brito Abath**

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Recife-PE, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** descrever o perfil dos casos de violência notificados na cidade de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Métodos:** estudo descritivo que incluiu todos os casos de violência doméstica, sexual e outras violências registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de Recife-PE, em 2012. **Resultados:** foram notificados 3.119 casos de violência no ano estudado, sendo 67,3% mulheres, 33,6% na faixa etária de 0 a 9 anos e 51,6% de cor da pele parda; a violência física foi a mais notificada (49,5%); na violência sexual, o principal agressor era um desconhecido (30,7%), sendo um familiar nos demais tipos de violência; metade dos casos foi encaminhada para outros serviços de saúde (50,2%). **Conclusão:** entre os casos de violência notificados, as principais vítimas foram mulheres, crianças e indivíduos de cor da pele parda; as estratégias intersetoriais de apoio às vítimas de violência e seus familiares devem ser focadas nos grupos de maior vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Vigilância Epidemiológica; Violência; Violência Doméstica; Violência contra a Mulher; Epidemiologia Descritiva.

### Abstract

**Objective:** to describe the profile of interpersonal violence cases reported in Recife – Pernambuco - Brazil. **Methods:** this is a cross-sectional study of cases of domestic, sexual and other violence registered on the Recife Notifiable Diseases Information System in 2012. **Results:** 3,119 cases of violence were reported. 67.3% were female, 33.6% aged 0 to 9 and 51.6% dark-skinned. Physical violence was the main form of aggression reported (49.5%). Concerning sexual violence, the main aggressor was unknown (30.7%). In other types of violence most frequently the aggressor was a family member. Half of the cases were referred to other health services (50.2%). **Conclusion:** in the above reported cases, highest prevalence of violence was detected in females, children and dark-skinned people. Intersectoral strategies to support victims and their families should focus on the most vulnerable groups identified in this study.

**Key words:** Epidemiological Surveillance; Violence; Domestic Violence; Violence Against Women; Epidemiology, Descriptive.

### Endereço para correspondência:

**Maria Carmelita Maia e Silva** – Avenida Rosa e Silva, no 955, Apto. 501, Bairro Aflitos, Recife-PE, Brasil. CEP: 52020-220  
E-mail: mariacarmelita@recife.pe.gov.br

## Introdução

A violência é um fenômeno social e universal que atinge populações de todas as classes, religiões e culturas, com diferenciais por gênero, idade e etnia.<sup>1</sup> Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a 'violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando ou que tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação'.<sup>2</sup> Estimou-se que, em 2010, 5,2 milhões de pessoas morreram no mundo por causas externas, sendo o homicídio a quarta causa de morte na faixa etária de 15 a 30 anos.<sup>3</sup>

No Brasil, em 2007, as causas externas representaram a terceira causa de óbito na população geral e a primeira causa de morte nos indivíduos de 15 e 40 anos de idade. Homens jovens, negros e pobres foram as principais vítimas e os principais agressores em relação à violência comunitária, ao passo que mulheres e as crianças negras e pobres foram as principais vítimas da violência doméstica.<sup>4</sup>

Considerando-se sua transcendência e magnitude, a violência é reconhecida como um complexo problema de Saúde Pública. Por essa razão, o Brasil adotou a estratégia de notificação universal dos casos de violência interpessoal, tornando-a objeto de políticas públicas com o propósito de garantir e promover os direitos sociais e de proteção às vítimas desse agravo.<sup>1</sup>

*O Brasil adotou a estratégia de notificação universal dos casos de violência interpessoal, tornando-a objeto de políticas públicas com o propósito de garantir e promover os direitos sociais e de proteção às vítimas.*

Um conjunto de instrumentos legais foi criado para promover a notificação das violências interpessoais. Entre eles, um importante marco foi a publicação, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Em 2011, a Portaria MS/GM nº 104/2011 incluiu a violência na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional.<sup>5</sup> No tocante às crianças e adoles-

centes, o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>6</sup> menciona o papel do setor Saúde na identificação, notificação e assistência integral às vítimas de violência.<sup>7</sup> Em relação à mulher, a obrigatoriedade dos serviços de saúde em notificar a violência contra esse grupo está disposta na Lei Federal nº 10.778/03.<sup>8</sup> Quanto ao idoso, o Estatuto do Idoso define a obrigatoriedade do profissional da saúde ou responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra os idosos de que tiver conhecimento, sob pena de multa.<sup>9</sup>

A partir de 2006, foi implantado o componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA-Sistema de Informação de Agravos de Notificação), em consonância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.<sup>10,11</sup> Esse componente contempla a vigilância das violências interpessoais e autoprovocadas, cujo instrumento nacional de coleta é a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências.<sup>11</sup> Tal instrumento, constituído por 12 blocos de informações, vem sendo revisado na perspectiva de integrar a notificação para outros setores além da Saúde, a exemplo da Educação e da Assistência social.

O conhecimento do perfil dos casos notificados por meio do VIVA-Sinan é importante para subsidiar o desenvolvimento de ações de intervenção precoces pela rede de saúde, visando ao enfrentamento das violências e à garantia dos direitos.

O presente artigo teve como objetivo descrever os casos de violência notificados na cidade de Recife, Estado de Pernambuco, no ano de 2012, segundo as características da vítima, do agressor e da violência, e os encaminhamentos realizados.

## Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, realizado na cidade de Recife, capital do Estado de Pernambuco. De acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a capital pernambucana possuía, em 2010, 1.536.934 habitantes a ocupar um território de 210 km<sup>2</sup>, constituído de 94 bairros e seis Distritos Sanitários. Recife-PE possuía 261 unidades de saúde sob gestão pública, municipal e estadual, e foi um dos municípios pioneiros na implantação da notificação

das violências doméstica, sexual e outras interpessoais e autoprovocadas. No momento do estudo, 53 unidades de saúde já vinham encaminhando, regularmente, notificações de violências.

No presente estudo, foram utilizados dados secundários, cuja fonte foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em seu módulo de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Foram incluídos todos os casos de violência interpessoal (violência perpetrada por familiares ou desconhecidos contra uma ou poucas pessoas) e autoprovocada (perpetrada contra si próprio), notificados pelos profissionais de saúde mediante o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências e registrados no Sinan de Recife-PE, no período de janeiro a dezembro de 2012. Não foi excluído do estudo um caso sequer, além do fato de ser possível notificar mais de um tipo de violência por vítima.

Foram objetos de notificação: casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica de natureza física, psicológica, sexual, negligência ou outra; violência sexual (doméstica e não doméstica); violência autoprovocada; e tráfico de pessoas e intervenção legal contra criança, adolescente, mulher adulta, homem adulto e pessoa idosa. A violência financeira/patrimonial e a negligência/abandono também são objetos de notificação, exceto para homens adultos (20 a 59 anos de idade) sem grau severo de deficiência ou transtorno mental.

As variáveis estudadas foram classificadas em relação à vítima, ao agressor, à violência e ao encaminhamento realizado, conforme registro feito pelo profissional de saúde que atendeu o caso suspeito ou confirmado de violência. Foram analisadas as seguintes variáveis:

- a) em relação à vítima,
  - sexo (masculino, feminino);
  - idade (categorizada nas faixas etárias de 0 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 e mais anos);
  - cor da pele ou raça (parda, branca, preta, amarela, indígena);
  - escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, não se aplica);

- presença de deficiência/transtorno (sim, não); e
- tipo de deficiência (deficiência mental, transtorno comportamental, transtorno mental, deficiência física, outra deficiência, deficiência visual, deficiência auditiva);
- b) em relação ao agressor, vínculo com a vítima (pai, mãe, padrasto, desconhecido, amigo/conhecido, namorado, ex-namorado, conjugue, cuidador(a), filho(a));
- c) em relação à violência,
  - local da ocorrência (residência e não residência); e
  - tipo de violência (violência física, negligência/abandono, sexual, financeira/patrimonial e psicológica/moral); e
- d) em relação aos encaminhamentos realizados, setor Saúde, Delegacia da Mulher, Conselho Tutelar, Instituto de Medicina Legal, Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente, outras delegacias, Centro de Referência da Mulher, Centro de Referência Especializado de Assistência Social/Centro de Referência de Assistência Social (CREAS/CRAS), Vara da Infância e da Juventude, Programa Sentinela, Ministério Público, Casa Abrigo e outros destinos.

A definição de todas as categorias dessas variáveis – inclusive os tipos de violência – encontra-se disponível no ‘Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências’ elaborado pelo Ministério da Saúde.<sup>12</sup> Ressalta-se que mais de um tipo de violência poderia ser registrado em uma única notificação.

Para a análise dos dados, procedeu-se à distribuição de frequência simples e relativa das variáveis do estudo. Foi utilizado o *software* Epi Info 2000 (versão 3.3.2 para Windows), no módulo *analysis*. A hipótese de associação de cada tipo de violência com as variáveis ‘sexo’, ‘idade’ e ‘local de ocorrência’ foi testada pelo qui-quadrado, e o nível de significância adotado foi de 5%.

Para a realização desta pesquisa, foram utilizados somente dados secundários, sem identificação das vítimas. Os dados foram disponibilizados mediante emissão de termo de autorização da Secretaria de Saúde do Recife, após a garantia do anonimato e sigilo dos casos notificados. Desse modo, foi dispensada a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados

Foram computadas 3.119 notificações de casos de violência no Recife-PE, em 2012. Dessas notificações, 67,3% foram de pessoas do sexo feminino. Quanto à idade, predominou a faixa de 0 a 9 anos, que representou 33,6% do total das notificações. Estratificando-se os grupos etários por sexo, observou-se que, no sexo masculino, as crianças de 0 a 9 anos foram as principais vítimas (51,2%). No sexo feminino, a faixa etária mais frequente foi de 20 a 39 anos (36,5%). Em ambos os sexos, a faixa etária com menor número de notificações foi a de idosos (60 anos e mais) (Tabela 1).

Quanto à caracterização por cor da pele ou raça, 51,6% das vítimas eram pardas. No que toca à escolaridade, a categoria mais frequente foi 'ignorado/em branco' (34,9%), seguida de 'não se aplica' (28,9%). Observou-se que 168 casos (5,4%) possuíam algum tipo de deficiência/transtorno. Entre esses casos, 29,2% apresentavam deficiência mental, e 24,4%, transtorno mental (Tabela 1).

A forma de violência mais notificada foi a física (49,5%), seguida pela negligência/abandono (28,0%) e pela violência sexual (23,9%). A violência psicológica/moral representou 20,8% das notificações, e a financeira/patrimonial, 1,7%. Nas violências física, psicológica/moral e financeira/patrimonial, os casos foram mais frequentes na faixa etária de 20 a 39 anos (43,3%, 41,7% e 44,2%, respectivamente). A violência sexual foi mais frequente na faixa etária de 10 a 19 anos (43,0%), e a negligência/abandono, na de 0 a 9 anos (81,4%). A associação foi estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre faixa etária e todos os tipos de violência estudados (Tabela 2), embora apresentasse proporções diferentes. Nas violências física, psicológica/moral e financeira/patrimonial, os casos foram mais frequentes na faixa etária de 20 a 39 anos (43,3%, 41,7% e 44,2%, respectivamente). A violência sexual foi mais frequente na faixa etária de 10 a 19 anos (43,0%), e a negligência/abandono, na de 0 a 9 anos (81,4%). Analisando-se o tipo de violência mais frequente em cada faixa etária, observou-se que apenas em menores de 10 anos de idade, prevaleceu a negligência/abandono (68% do total de casos de crianças notificados). Para as demais faixas etárias, prevaleceu a violência física.

Em relação ao sexo, com exceção da negligência/abandono, na qual prevaleceram as vítimas do sexo masculino (55,6%), para todos os demais tipos de violência, predominaram vítimas do sexo feminino. A associação entre sexo e todos os tipos de violência foi estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Todas as violências foram mais frequentes na residência, com maior ocorrência da violência financeira/patrimonial (72,0%). A associação com a variável 'local de ocorrência' foi estatisticamente significativa em todos os tipos de violência ( $p > 0,05$ ) (Tabela 2).

Quanto aos perpetradores da violência, o cônjuge foi o principal agressor nas violências física (17,5%) e psicológica (27,5%). Na violência sexual, prevaleceu o agressor desconhecido (30,7%), e na negligência/abandono e na violência financeira/patrimonial, a mãe (56,4% e 17,3%, respectivamente) (Tabela 2).

Quanto ao encaminhamento das vítimas, estas foram levadas, principalmente, para os serviços de saúde (50,2%), Conselhos Tutelares (14,7%) e Delegacia da Mulher (13,2%) (Tabela 3).

## Discussão

Os achados deste estudo apontam a violência física como a mais notificada (49,5%), sendo o principal agressor um familiar – à exceção da violência sexual – e as principais vítimas mulheres, crianças e indivíduos de cor da pele parda. O perfil dos casos de violência notificados em Recife-PE não diferiu de estudos realizados em São Paulo e na Bahia,<sup>13,14</sup> onde se observou que a violência física apresentou maior frequência, a raça/cor da vítima parda foi predominante e o agressor, na maioria dos casos, era uma pessoa conhecida pela vítima.

Em relação à cor da pele ou raça e à escolaridade, o elevado percentual de 'ignorado' indicou que tal informação, possivelmente, não foi priorizada pelos profissionais da saúde. A variável merece atenção no treinamento para o preenchimento da ficha de notificação de violência, haja vista seu potencial para auxiliar na mensuração das desigualdades sociais e sua associação com a ocorrência da violência. Ainda em relação à escolaridade, entre as categorias válidas, 'não se aplica' foi a mais frequente, provavelmente em função de se tratar de crianças, o que seria compatível à faixa etária com maior frequência de notificação.

**Tabela 1 – Casos notificados de violência segundo variáveis relacionadas à vítima, por sexo, em Recife, Pernambuco, 2012**

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
0-9	523	51,2	522	24,9	1.045	33,6
10-19	311	30,5	500	23,8	811	26,0
20-39	108	10,6	766	36,5	874	28,0
40-59	28	2,7	254	12,1	282	9,0
60 e mais	50	4,9	54	2,6	104	3,3
Ignorado/em branco	1	0,1	2	0,1	3	0,1
<b>Cor da pele ou raça</b>						
Branca	78	7,6	377	18,0	455	14,6
Preta	75	7,3	255	12,2	330	10,6
Amarela	2	0,2	12	0,6	14	0,4
Parda	540	53,0	1.070	50,9	1.610	51,6
Indígena	3	0,3	15	0,7	18	0,6
Ignorado/em branco	323	31,6	369	17,6	692	22,2
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	3	0,3	2	0,1	5	0,2
Ensino fundamental incompleto	136	13,3	503	24,0	639	20,5
Ensino fundamental completo	9	0,9	79	3,8	88	2,8
Ensino médio incompleto	13	1,3	111	5,3	124	4,0
Ensino médio completo	12	1,2	163	7,8	175	5,6
Ensino superior incompleto	4	0,4	42	2,0	46	1,5
Ensino superior completo	2	0,2	47	2,2	49	1,6
Não se aplica	456	44,6	445	21,2	901	28,9
Ignorado/em branco	386	37,8	706	33,6	1.092	34,9
<b>Deficiência/transtorno</b>						
Sim	41	4,0	127	6,1	168	5,4
Não	442	43,3	1.272	60,6	1.714	54,9
Ignorado/em branco	538	52,7	699	33,3	1.237	39,7
<b>Tipo de deficiência/transtorno<sup>a</sup></b>						
Deficiência mental	11	26,8	38	29,9	49	29,2
Transtorno comportamental	6	14,6	29	22,8	35	20,8
Transtorno mental	5	12,2	36	28,3	41	24,4
Deficiência física	11	26,8	22	17,3	33	19,6
Deficiência visual	4	9,8	11	8,7	15	8,9
Deficiência auditiva	2	4,9	9	7,1	11	6,5
Outra deficiência/síndrome	5	12,2	15	11,8	20	11,9
<b>TOTAL</b>	<b>1.021</b>	<b>100,0</b>	<b>2.098</b>	<b>100,0</b>	<b>3.119</b>	<b>100,0</b>

a) Um caso notificado pode ter mais de um tipo de deficiência/transtorno; os percentuais foram calculados considerando-se o total de casos com deficiência/transtorno.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Diretoria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Saúde do Recife

**Tabela 2 — Casos notificados de violência segundo sexo e faixa etária da vítima, local da ocorrência e principais autores da agressão por tipo de violência<sup>a</sup> em Recife, Pernambuco, 2012**

Variáveis	Física		Psicológica		Sexual		Negligência		Financeira		p valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>											
Masculino	463	30,0	76	11,7	72	9,7	485	55,6	8	15,4	<0,01
Feminino	1.082	70,0	574	88,3	674	90,3	388	44,4	44	84,6	
Total	1.545	100,0	650	100,0	746	100,0	873	100,0	52	100,0	
<b>Faixa etária (em anos)</b>											
0-9	194	12,6	117	18,0	187	25,1	708	81,4	8	15,4	<0,01
10-19	421	27,2	136	20,9	321	43,0	99	11,4	7	13,5	
20-39	669	43,3	271	41,7	189	25,3	18	2,0	23	44,2	
40-59	199	12,9	111	17,1	43	5,8	7	0,8	10	19,2	
60 e mais	62	4,0	15	2,3	6	0,8	38	4,4	4	7,7	
Total	1.545	100,0	650	100,0	746	100,0	870	100,0	52	100,0	
<b>Local da ocorrência</b>											
Residência	597	55,1	421	69,7	337	51,7	410	70,4	36	72,0	<0,01
Não residência	487	44,9	183	30,3	315	48,3	172	29,6	14	28,0	
Total	1.084	100,0	604	100,0	652	100,0	582	100,0	50	100,0	
<b>Agressor<sup>b</sup></b>											
Mãe	77	5,0	52	8,0	14	1,9	493	56,5	9	17,3	Não se aplica
Pai	51	3,3	51	7,8	55	7,4	121	13,9	2	3,8	
Padrasto	13	0,8	19	2,9	29	3,9	17	1,9	-	-	
Filho(a)	25	1,6	8	1,2	1	0,1	21	2,4	3	5,8	
Cônjuge	270	17,5	179	27,5	26	2,1	5	0,6	8	15,4	
Namorado	34	2,2	16	2,5	64	8,6	3	0,3	1	1,9	
Ex-namorado	20	1,3	14	2,2	3	0,4	1	0,1	-	-	
Amigo/conhecido	151	10,0	68	10,5	164	22,0	12	1,4	3	5,8	
Cuidador(a)	5	0,3	6	0,9	3	0,4	7	0,8	-	-	
Desconhecido	169	11,0	80	12,3	229	30,7	5	0,6	6	11,5	

a) Um caso notificado pode ter sofrido mais de um tipo de violência.

b) Cada caso de violência notificado pode ter sido praticado por mais de um agressor; os percentuais foram calculados considerando-se o total de casos de determinado tipo de violência.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Diretoria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Saúde do Recife

**Tabela 3 – Casos notificados de violência segundo encaminhamento realizado<sup>a</sup> em Recife, Pernambuco, 2012**

Encaminhamento	N	%
Setor Saúde	1.567	50,2
Conselho Tutelar	457	14,7
Delegacia da Mulher	411	13,2
Instituto de Medicina Legal	333	10,7
Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente	261	8,4
Outros setores	215	6,9
Outras delegacias	162	5,2
Centro de Referência de Assistência Social (especializado ou não)	104	3,3
Centro de Referência da Mulher	77	2,5
Ministério Público	44	1,4
Programa sentinelas	42	1,3
Vara da Infância e da Juventude	32	1,0
Casa Abrigo	27	0,9

a) Um caso notificado pode ter sido encaminhado para mais de um setor/serviço; os percentuais foram calculados considerando-se o total de casos notificados: 3.119  
 Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Diretoria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Saúde do Recife

No presente estudo, verificou-se que as principais vítimas foram do sexo feminino. Além da elevada ocorrência de violência contra mulheres, possivelmente contribuem para essa maior notificação a maior sensibilidade dos profissionais de saúde de Recife-PE para a notificação dessa violência, além do fato de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde que os homens. É importante considerar que esse instrumento de notificação dispõe de especificidade para revelar esse tipo de violência, uma vez que não inclui a notificação da violência urbana, na qual os homens são as principais vítimas.<sup>3,4</sup> Essa maior detecção pode, ainda, ser fruto do trabalho integrado entre a Secretaria de Saúde do Recife e a Secretaria da Mulher, a Promotoria de Justiça do Estado e o trabalho desenvolvido por associações e organizações não governamentais (ONG) relacionadas às mulheres.

O baixo número de casos de violência contra idosos notificados apontou para a necessidade de aumentar a consciência na sociedade sobre dos direitos individuais e sociopolíticos dos idosos.<sup>15</sup> A baixa notificação nessa faixa etária diverge de literatura que relata ser comum a violência doméstica contra a pessoa idosa por diversos motivos, entre os quais o fato de os indivíduos idosos demandarem mais cuidados por parte dos familiares, muitas vezes sobrecarregados com essa função.<sup>15,16</sup> Deve-se considerar que, nessa faixa etária, as violências mais frequentemente perpetradas são a financeira/

patrimonial e a psicológica, ambas de difícil identificação, o que pode justificar, ainda que parcialmente, o baixo número de casos notificados.<sup>16,17</sup> Associado ao exposto, o idoso pode não se reconhecer vítima de violência, uma vez que seus principais agressores são, geralmente, seus filhos e netos.<sup>15-18</sup>

Outro grupo populacional considerado vulnerável e, portanto, objeto de notificação – embora possa ter sido subnotificado neste estudo –, foi o das pessoas com deficiência. A violência praticada contra essas pessoas ainda é pouco reconhecida e notificada e acontece, basicamente, por dois fatores: pela invisibilidade na malha social e pela condição de deficiência e vulnerabilidade das vítimas oferecerem segurança ao perpetrador. As pessoas com deficiência, especialmente mental (a deficiência mais notificada neste estudo), tornam-se alvo fácil para os agressores dada sua incapacidade de se expressar e se defender.<sup>19</sup>

A violência física foi a mais notificada, fato ratificado por diversos estudos sobre o tema.<sup>11,14,20</sup> A negligência e a violência psicológica, consideradas como de difícil identificação, são apontadas neste estudo como o segundo e o quarto tipos de violência mais notificados e seus números não diferem tanto dos casos de violência sexual, que ocupou a segunda colocação no ranking de notificações de violências. Tais achados sugerem que em Recife-PE, esses tipos de violência estão frequentemente presentes nos relacionamentos

interpessoais e os profissionais de saúde estão atentos a eles, como consequência das ações de educação continuada oferecidas durante o processo de implantação do VIVA-Sinan no município.

O fato de a notificação de casos de violência financeira/patrimonial estar distribuída por todas as faixas etárias indicaria a necessidade de treinar melhor o profissional notificante em relação ao conceito dessa violência, característica da faixa etária de 60 anos ou mais.<sup>17</sup>

Quanto aos agressores, como houve predominância de vítimas do sexo feminino e o principal agressor da maioria dos tipos de violências foi o cônjuge, possivelmente trata-se de violência baseada nas relações de gênero. Estudos nacionais e internacionais<sup>21,22</sup> afirmam ser esse tipo de violência a tradução real do poder e da força física masculina e da história de desigualdades culturais entre homens e mulheres, na reprodução de papéis estereotipados que legitimam ou exacerbam esses comportamentos violentos de gênero.

O agressor desconhecido prevaleceu nos casos de violência sexual contra a mulher mas, ainda assim, esse tipo de violência ocorreu predominantemente no ambiente doméstico.

A mãe foi a principal agressora nos casos de negligência. É possível que esses casos tenham sido mais frequentes em crianças e adolescentes, os quais, nessa faixa etária, estão mais sujeitos aos cuidados das mulheres, principais responsáveis pela condução da educação e de outras responsabilidades sobre os filhos menores de idade.<sup>14</sup> A mãe também é apontada como a principal agressora nos casos de violência física e negligência praticada contra crianças e adolescentes, segundo estudos realizados em Curitiba-PR e na Bahia.<sup>14,23</sup>

Em relação aos encaminhamentos dos casos a partir do atendimento pelos serviços de saúde, é notória a necessidade de avançar nesse aspecto. Como mínimo, os casos de violência contra crianças e adolescentes deveriam ser encaminhados ao Conselho Tutelar, conforme previsto em Lei.<sup>6</sup> Observou-se que o número de encaminhamentos para o Conselho foi bastante inferior em relação aos casos notificados.

A maioria dos encaminhamentos realizados foi para o próprio setor Saúde, o que denota falta de monitoramento por parte das autoridades sanitárias na busca da garantia de proteção às vítimas. As víti-

mas atendidas e identificadas nos serviços de saúde, frequentemente, requerem acesso à rede de proteção para a garantia de seus direitos. Caso o profissional de saúde que prestou atendimento à pessoa em situação de violência não realize tal encaminhamento, cabe à autoridade sanitária fazê-lo.

Os resultados observados indicam uma necessidade de maior sensibilização e conscientização dos profissionais para a importância da notificação e do encaminhamento à rede de proteção das vítimas de violência. Alguns autores afirmam que a obrigatoriedade legal de notificar, por si só, não é suficiente para fazer com que os profissionais adotem a notificação como conduta-padrão, sendo necessário o enfrentamento de diversos obstáculos como, por exemplo, o medo de envolvimento na situação de violência e suas consequências.<sup>7,21,23,24</sup>

O presente estudo remete à necessidade de implementar a notificação dos casos de violência em Recife-PE, sendo importante a atuação conjunta com os profissionais da rede de saúde para a superação dessas barreiras. Em países que possuem legislação semelhante à brasileira, inúmeros são os fatores que interferem na notificação das violências:

- a) insuficiente conhecimento sobre o processo de notificação;
- b) despreparo dos profissionais em lidar com o assunto, considerado de foro íntimo ou problema de segurança pública ou justiça;
- c) medo de envolvimento emocional e com processos;
- d) influências culturais;
- e) sigilo profissional;
- f) experiências prévias com situações de violência e repercussões negativas;
- g) desconfiança na efetividade dos serviços de proteção e apoio às vítimas;
- h) precárias estruturas de atendimento, muitas vezes desarticuladas;
- i) proximidade entre a moradia das vítimas e o local de trabalho dos profissionais, no caso da atenção primária à saúde;
- j) dificuldade na própria identificação dos casos; e
- k) falta de retroalimentação das informações aos serviços notificadores.<sup>2,19,21-24</sup>

Para que os profissionais – e a sociedade – enfrentem o problema da subnotificação e, consequentemente, da própria violência, serão necessárias mudanças de valores e de comportamento. São

mudanças que demandam processos de média e longa duração e investimentos contínuos,<sup>24</sup> tanto na mudanças das leis quanto na capacitação dos técnicos envolvidos e na elaboração de normas e condutas para ampla divulgação, no sentido de desmistificar a notificação enquanto entendida – erroneamente – como denúncia.<sup>25</sup>

Acredita-se que a criação de serviços especializados e programas sentinelas, além da elaboração de fluxos e protocolos para o atendimento às vítimas de violência, sejam bons estímulos para a efetivação das notificações na rede de saúde.

Este estudo deparou-se com algumas limitações. Apesar de a equipe de vigilância epidemiológica de Recife-PE realizar sistematicamente a crítica do banco de violência do Sinan, estas autoras não realizaram tal crítica. O banco foi analisado de forma integral, de modo que é possível haver alguns casos de violência urbana contra homens na faixa etária de 20-49 anos e, também, casos duplicados. Ademais, houve subnotificação dos casos de violência, visto que nem todas as unidades de saúde do município eram fontes notificadoras para o referido agravo. Apesar da limitação do perfil traçado nesta pesquisa, considerando-se os aspectos citados e que não foram exploradas em profundidade as especificidades da violência contra cada grupo populacional e a determinação social da violência, tal perfil, sem a pretensão de esgotar a discussão sobre um fenômeno tão complexo, revelou informações relevantes sobre

as características da violência notificada pela Saúde do Recife-PE. No período de 2009 a 2012, houve um incremento de 355,3% das notificações na rede de saúde municipal, passando 685 notificações em 2009 para 3.119 notificação em 2012.<sup>26</sup>

Espera-se que essas informações sejam utilizadas na elaboração de ações articuladas, interdisciplinares e intersetoriais de enfrentamento do problema da subnotificação dos casos e de seu não encaminhamento à rede de proteção contra a violência, bem como na adoção de medidas de prevenção e estímulo à cultura de paz, de modo a impactar positivamente na redução dos casos de violência no município de Recife-PE.

### Agradecimentos

À Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS –, pelo empenho na consolidação do Sistema VIVA.

Aos técnicos da Coordenação de Prevenção aos Acidentes e Violências – COPAV/Recife – pelo apoio à pesquisa.

### Contribuição das autoras

Todas as autoras contribuíram com o desenho do projeto, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

### Referências

1. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Souza ER, Minayo MCS. Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. World Health Organization. Violence, Injuries and Disability: Biennial Report 2008/2009. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010.
4. Reichenheim ME, et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*. 2011; 75-89.
5. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília. 2011.
6. Brasil. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. 1990.
7. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por

- profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(2): 481-491.
8. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 11, 25 novembro 2003.
  9. Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 192, 03 outubro 2003.
  10. Minayo MCS, Souza ER. Violência sobre o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003; 223-242.
  11. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia de vigilância de violências e acidentes. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11: 1269-1278.
  12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
  13. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(2): 347-357.
  14. Cecilio LPP, Garbin CAS, Rovida TAS, Queiróz APDG, Garbin AJI. Violência Interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012; 21(2): 293-304.
  15. Mascarenhas MDM, Andrade SSSA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(9):2331-2341.
  16. Minayo MCS, Souza ER. (orgs). A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994; 10(1):7-18.
  17. Abath MB, Leal MCC, Melo Filho DA, Marques APO. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(9):1797-1806.
  18. De Souza JAV, De Freitas MC, De Queiroz TA. Violência contra os idosos: análise documental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007; 60(3):268-272.
  19. Ferreira WB. Vulnerabilidade à Violência Sexual no Contexto da Escola Inclusiva: Reflexão Sobre a Invisibilidade da Pessoa com Deficiência. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficácia y Cambio em Educacion*. 2008; 6(2).
  20. Finkelhor D, Zellman GL. Flexible reporting options for skilled child abuse professionals. *Child Abuse*. 2000; 15: 335-36.
  21. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJ, Dossi AP. Responsabilidade do Profissional de saúde sobre a notificação dos casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*. 2007.
  22. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços de saúde da grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 14(3): 359-367.
  23. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against Women. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. 1999; 27(4): 4.
  24. Costa COM, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescente, segundo registro dos conselhos tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(5): 1129-1141.
  25. Pires JMA. Barreiras, para notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Saúde Materno e Infantil*. 2005; 5(1): 103-108.
  26. Recife. Prefeitura do Recife. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação – SINAN/Recife, 2012.

Recebido em 04/01/2013  
Aprovado em 30/07/2013