



## ARTIGO ORIGINAL

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NOTIFICAÇÕES DE TODAS AS FORMAS DE VIOLÊNCIA

#### EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NOTIFICATIONS OF ALL FORMS OF VIOLENCE

#### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NOTIFICACIONES DE TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA

Elânia Assis Rocha<sup>1</sup>, Juliana Moreira Guimarães<sup>2</sup>, Ludmila Grego Maia<sup>3</sup>, Cácia Régia de Paula<sup>4</sup>, Giulena Rosa Leite<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** caracterizar as notificações de violência realizadas de janeiro de 2010 a julho de 2012. **Método:** estudo quantitativo transversal, no qual foram analisadas 1.764 notificações de violência por acesso eletrônico ao banco de dados do SINAN. O projeto de pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 219/11. **Resultados:** a maioria das vítimas se encontrava na faixa etária de 20 a 29 anos (22,6%), sexo masculino (53,8%), cor parda (51,8%), menos de 8 anos de estudo (32%), solteiros (48,3%). Os casos de violência ocorreram principalmente em residências (43,5%), com violência física (70%). O agressor, desconhecido da vítima (24%) e do sexo masculino (63,5%). **Conclusão:** a análise foi capaz de produzir informações úteis às esferas gestoras do setor saúde a fim de promover uma ação conjunta entre os órgãos responsáveis pelo manejo, organização, planejamento e ações de prevenção da violência. **Descritores:** Violência; Perfil Epidemiológico; Notificação.

#### ABSTRACT

**Objective:** to characterize violence notifications carried out from January 2010 to July 2012. **Method:** transversal quantitative study in which 1,764 notifications were analysed from violence for electronic access to the database of SINAN. The research project was approved by the Ethic Committee in Research, Protocol 219/11. **Results:** most of the victims were between 20 to 29 years old (22.6%) were male (53.8%), brown color (51.8%) less than 8 years of study (32%) and singles (48.3%). The violence occurred mainly in residences (43.5%), with physical violence (70%). The assailant, unknown of the victim (24%) and male (63.5%). **Conclusion:** the analysis was able to produce useful information to managers of the health sector in order to promote joint action between the bodies responsible for the management, organization, planning and prevention of violence. **Descriptors:** Violence; Epidemiological Profile; Notification.

#### RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar las notificaciones de violencia realizadas de enero de 2010 a julio de 2012. **Método:** estudio cuantitativo transversal en el qual fueron analizadas 1.764 notificaciones de violencia por acceso electrónico al banco de datos de SINAN. El proyecto de investigación fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación, Protocolo 219/11. **Resultados:** la mayoría de las víctimas se encontraba en la faja etária de 20 a 29 años (22,6%), sexo masculino (53,8%), color parda (51,8%), menos de 8 años de estudio (32%), solteros (48,3%). Los casos de violencia ocurrieron principalmente en residencias (43,5%), con violencia física (70%). El agresor, desconocido de la víctima (24%) y del sexo masculino (63,5%). **Conclusión:** el análisis fue capaz de producir informaciones útiles a las esferas gestoras del sector salud a fin de promover una acción conjunta entre los órganos responsables por el manejo, organización, planeamiento y acciones de prevención de la violencia. **Descriptor:** Violencia; Perfil Epidemiológico; Notificación.

<sup>1</sup>Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Goiás - Campus Jataí/UFGO. Jataí (GO), Brasil. E-mails: [rocha.elania@hotmail.com](mailto:rocha.elania@hotmail.com);

<sup>2</sup>Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Goiás - Campus Jataí/UFGO. Jataí (GO), Brasil. E-mail: [julianadcuimaraes@hotmail.com](mailto:julianadcuimaraes@hotmail.com);

<sup>3</sup>Enfermeira Especialista, Professora Universidade Federal de Goiás - Campus Jataí/UFGO. Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFGO. Goiana (GO), Brasil. E-mail: [lgregomaia@yahoo.com.br](mailto:lgregomaia@yahoo.com.br);

<sup>4</sup>Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Coordenadora do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Jataí (GO), Brasil. E-mail: [caciaregiacrt@hotmail.com](mailto:caciaregiacrt@hotmail.com);

<sup>5</sup>Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás/UFGO. Goiana (GO), Brasil. E-mail: [giulenaar@gmail.com](mailto:giulenaar@gmail.com)



## INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em diversos países do mundo, a violência constitui um sério problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade.<sup>1</sup> Por se tratar de um fenômeno socio-histórico, afeta fortemente a saúde provocando lesões e traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais e até mortes; diminuindo a qualidade de vida das pessoas e da coletividade; colocando novos problemas para o atendimento médico-preventivo ou curativo; evidenciando a necessidade do atendimento multidisciplinar.<sup>2-4</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o uso intencional de força física ou poder contra si mesmo, outra pessoa, contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência do desenvolvimento ou privação.<sup>5</sup> Na Resolução 49.25 de 1996, da Assembleia Mundial de Saúde (WHA), a violência passou a ser considerada um problema de saúde pública.

Diante disso, a OMS desenvolveu uma tipologia da violência e os vínculos entre elas, especificada em três categorias: violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva. Violência autoinfligida é aquela autoprovocada e que envolva o comportamento suicida e as autolesões. A interpessoal compreende a violência da família e do parceiro íntimo, mas não exclusivamente dentro de casa. A violência coletiva ocorre entre indivíduos não necessariamente relacionados entre si a fim de alcançar um determinado objetivo por parte do agressor ou agressores, incluindo crimes carregados de ódio, praticados por grupos organizados, atos terroristas, dentre outros.<sup>6</sup>

Esse fenômeno possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos (desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, dentre outros), bem como aspectos relacionados aos comportamentos e cultura, sendo responsável por toda uma arquitetura das cidades, transformação de hábitos e comportamentos sociais. No passado, a violência era observada principalmente nas capitais e grandes metrópoles. Hoje, modificações em sua dinâmica refletem-se na sua interiorização, reproduzindo no interior do país a violência urbana antes conhecida somente nas grandes cidades.<sup>7</sup>

No Brasil, a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) se tornou obrigatória em 2006 com o intuito de identificar e conhecer a magnitude e gravidade das violências atendidas nas unidades de urgência e emergência e serviços de saúde. Trata-se de vigilância contínua, realizada mediante notificação e investigação de diversos tipos de violência. É compulsória em situações envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos conforme determinado pelas Leis nº 8.069 de 1990 (Estatuto da Criança e Adolescente)<sup>8</sup>, nº 10.741 de 2003 (Estatuto do Idoso) e nº 10.778 de 2003 (Notificação de Violência contra Mulher).<sup>9</sup>

Em Goiás/GO, são escassos os dados sobre as características dos indivíduos violentados, bem como das situações específicas de violência no interior do estado. Propomo-nos, desta forma, a realizar um estudo para caracterizar os casos de violência do município de Jataí, sudoeste de Goiás, utilizando para isso os dados das notificações no SINAN de janeiro de 2010 a julho de 2012, período de implantação do sistema de notificação da violência e de ações do município de capacitações das equipes para a notificação.

Acreditamos que os resultados deste estudo possam ser instrumento de reflexão, possibilitando discussões teórico-práticas para a resolução de problemas, além de contribuir para o trabalho dos profissionais que trabalham na promoção da saúde, assistência e reabilitação, uma vez que mostra um panorama geral da situação de violência no município, além de sensibilizar a comunidade para as questões relacionadas.

## OBJETIVOS

- Caracterizar as notificações de violência realizadas de janeiro de 2010 a julho de 2012.
- Conhecer o perfil das vítimas e autores das agressões.

## MÉTODO

Estudo observacional analítico, realizado no município de Jataí, sede da Regional Sudoeste II do Estado de Goiás, situando-se a 327 km da capital do estado. Possui uma população estimada de 88.006 habitantes<sup>10</sup>, bem como serviços de atendimento pré-hospitalar (APH), o Corpo de Bombeiros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), cujas vítimas são atendidas na Unidade de Emergência do Centro Municipal de Saúde Dr. Serafim de Carvalho, que



também realiza atendimentos a outros nove municípios pactuados.

Em Jataí, há o Comitê Local de Combate à Violência e Promoção da Cultura de Paz que objetiva confrontar a problemática da violência com diversos setores públicos, estabelecer parcerias e incentivar as notificações ao nível municipal, principalmente dos profissionais da saúde.

O Centro Municipal de Saúde é uma instituição que compõe a rede de serviços próprios credenciada ao SUS, onde a maioria das notificações dos casos de violência do município é realizada em virtude do atendimento de urgências e emergências. É realizada por um profissional da equipe de enfermagem do hospital vinculado à Vigilância Epidemiológica. Nas Unidades de Atenção Básica, também são realizadas as notificações de violências por um profissional de saúde, bem como no Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher e Conselho do Idoso. As fichas preenchidas são entregues semanalmente à central do serviço de Vigilância Epidemiológica, onde é realizada a informação dos dados ao SINAN e o acompanhamento do caso até o encerramento do tratamento, caso seja necessário.

A fonte da coleta de dados foi o SINAN, base municipal, a partir das Fichas de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências do SINAN. Esta ficha possui 71 itens, sendo dados gerais, notificação individual, residência da vítima, dados da pessoa atendida, da ocorrência, tipologia da violência, violência sexual, consequências da violência, lesão, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento, mais informações complementares e observações, além do registro do notificador.

Os dados coletados foram armazenados utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados posteriormente.

Foram analisadas 1.764 notificações realizadas de janeiro de 2010 a julho de 2012. Os dados foram consolidados na forma de planilhas e tabelas e investigados na forma de números absolutos e porcentagem segundo as

seguintes variáveis: idade, sexo, raça cor, escolaridade, local de ocorrência, classificação da violência (lesão autoprovocada, tipo de violência, meio de agressão), violência sexual (tipo de violência sexual e penetração, procedimento realizado e consequências da ocorrência) e características do provável agressor (vínculo com a vítima, sexo).

No que concerne aos aspectos éticos, a pesquisa utilizou dados secundários, sem risco para a população do estudo ou identificação nominal dos sujeitos. O acesso aos dados foi autorizado pelo secretário municipal de saúde. Foram cumpridas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/CNS. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o protocolo número 219/11.

## RESULTADOS

No período estudado foram notificados 1.764 casos de violência, no entanto o ano de 2010 apresentou o maior número de casos 809 (46%), havendo uma significativa diminuição no ano de 2011 que apresentou 454 notificações (26%) e até julho de 2012 registrados 501 casos (28%).

### Características sociodemográficas

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das vítimas de violência. Do total, 399 (22,6%) indivíduos apresentaram faixa etária de 20 a 29 anos, 948 (54,8%), do sexo masculino 913 (51,8%) e de cor parda 913 (51,8%), 562 (32%) possuíam de 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental e 852 (48,3%) declararam ser solteiros.



**Tabela 1.** Características sociodemográficas das vítimas de violência notificadas no período de janeiro de 2010 a julho de 2012, Jataí/GO.

| Variáveis                    | n            | %          |
|------------------------------|--------------|------------|
| <b>Faixa Etária</b>          |              |            |
| Menor de 1 ano               | 37           | 2.1        |
| 1 a 4 anos                   | 91           | 5.2        |
| 5 a 9 anos                   | 131          | 7.4        |
| 10 a 14 anos                 | 163          | 9.2        |
| 15 a 19 anos                 | 229          | 13.0       |
| 20 a 29 anos                 | 399          | 22.6       |
| 30 a 39 anos                 | 323          | 18.3       |
| 40 a 49 anos                 | 169          | 9.6        |
| 50 a 59 anos                 | 95           | 5.4        |
| 60 a 69 anos                 | 47           | 2.7        |
| 70 a 79 anos                 | 44           | 2.5        |
| 80 anos e mais               | 36           | 2.0        |
| <b>Total</b>                 | <b>1.764</b> | <b>100</b> |
| <b>Sexo</b>                  |              |            |
| Masc.                        | 948          | 53.8       |
| Fem.                         | 816          | 46.2       |
| <b>Total</b>                 | <b>1.764</b> | <b>100</b> |
| <b>Raça/Cor</b>              |              |            |
| Parda                        | 913          | 51.8       |
| Branca                       | 654          | 37         |
| Preta                        | 132          | 7.5        |
| Amarela                      | 48           | 2.7        |
| Ignorado/Branco              | 15           | 0.9        |
| Indígena                     | 02           | 0.1        |
| <b>Total</b>                 | <b>1764</b>  | <b>100</b> |
| <b>Escolaridade</b>          |              |            |
| 5ª a 8ª série do EF          |              |            |
|                              | 562          | 32.0       |
| 1ª a 4ª série do EF          |              |            |
|                              | 286          | 16.2       |
| Ensino Médio completo        |              |            |
|                              | 200          | 11.3       |
| Ensino Médio incompleto      |              |            |
|                              | 183          | 10.4       |
| Não se aplica                |              |            |
|                              | 164          | 9.3        |
| Ignorado/branco              |              |            |
|                              | 82           | 4.6        |
| 4ª série completa do EF      |              |            |
|                              | 71           | 4.0        |
| Analfabeto                   |              |            |
|                              | 65           | 3.7        |
| Ensino Fundamental completo  |              |            |
|                              | 58           | 3.2        |
| Educação Superior incompleta |              |            |
|                              | 52           | 3.0        |
| Educação Superior completa   |              |            |
|                              | 41           | 2.3        |
| <b>Total</b>                 | <b>1764</b>  | <b>100</b> |

Fonte: Sinan Net (2012).

#### ◆ Local de ocorrência

A Tabela 2 descreve os locais de ocorrência dos casos de violência. Conforme as notificações, os casos ocorreram em sua

maioria em residências com 766 (43.5%) ocorrências, seguido de 688 (39%) em via pública.

**Tabela 2.** Local de ocorrência dos casos de violência notificados no período de janeiro de 2010 a julho de 2012, Jataí/GO.

| Variáveis                  | n           | %          |
|----------------------------|-------------|------------|
| Local de ocorrência        |             |            |
| Residência                 | 766         | 43.5       |
| Via Pública                | 688         | 39.0       |
| Outro                      | 140         | 8.0        |
| Bar ou similar             | 64          | 3.5        |
| Escola                     | 41          | 2.3        |
| Comércio/Serviços          | 35          | 2.0        |
| Local de Prática Esportiva | 13          | 0.8        |
| Indústria/Construção       | 09          | 0.5        |
| Habitação coletiva         | 08          | 0.4        |
| <b>Total</b>               | <b>1764</b> | <b>100</b> |

Fonte: Sinan NET (2012).

**◆ Classificação da Violência**

A Tabela 3 apresenta uma classificação das violências notificadas, sendo que 264 (15%) foram lesões autoprovocadas, 1.604 (70%)

casos de violência física, 431 (39.3%) com utilização de força corporal/espancamento e 245 (22.4%) casos por uso de objeto perfurocortante.

**Tabela 3.** Caracterização dos casos de violências notificadas no período de janeiro de 2010 a julho de 2012, Jataí/GO.

| Variáveis                   | n            | %          |
|-----------------------------|--------------|------------|
| Lesão Autoprovocada         |              |            |
| Não                         | 1.493        | 84.6       |
| Sim                         | 264          | 15.0       |
| Ignorado                    | 07           | 0.4        |
| <b>Total</b>                | <b>1.764</b> | <b>100</b> |
| Tipo de Violência           |              |            |
| Física                      | 1.604        | 70.0       |
| Negligência/Abandono        | 263          | 11.3       |
| Psicológica/Moral           | 253          | 11         |
| Sexual                      | 129          | 5.0        |
| Tortura                     | 48           | 2.0        |
| Financeira/Econômica        | 12           | 0.5        |
| Trabalho infantil           | 04           | 0.2        |
| Intervenção legal           | 01           | 0          |
| Tráfico de seres humanos    | 0            | 0          |
| <b>Total</b>                | <b>2.314</b> | <b>100</b> |
| Meio de Agressão            |              |            |
| Força corporal/Espancamento | 431          | 39.3       |
| Objeto perfurocortante      | 245          | 22.4       |
| Ameaça                      | 167          | 15.3       |
| Envenenamento               | 83           | 7.6        |
| Objeto contundente          | 78           | 7.1        |
| Arma de fogo                | 49           | 4.5        |
| Enforcamento                | 26           | 2.4        |
| Substância/Objeto quente    | 15           | 1.4        |
| <b>Total</b>                | <b>1.094</b> | <b>100</b> |

Fonte: Sinan NET (2012)





### ◆ Violência Sexual

A Tabela 3.1.1 descreve a caracterização da violência sexual. O tipo de violência predominante foi o estupro com 68 notificações (52.7%). Dos procedimentos realizados após as notificações, ocorreram

12 (19.3%) profilaxias para HIV e 12 (19.3%) coletas de secreção vaginal, seguido de 11 (17.8%) profilaxias para DST e 11 (17.8%) para coletas de sangue.

**Tabela 3.1.1.** Caracterização de violências sexuais notificadas no período de janeiro de 2010 a julho de 2012, Jataí/GO.

| Variáveis                   | n          | %          |
|-----------------------------|------------|------------|
| Consequências da Ocorrência |            |            |
| Transtorno comportamental   | 218        | 41.0       |
| Tentativa de suicídio       | 191        | 36.0       |
| Estresse pós-traumático     | 78         | 14.6       |
| Transtorno mental           | 40         | 7.5        |
| Gravidez                    | 05         | 1.0        |
| Aborto                      | 0          | 0          |
| DST                         | 0          | 0          |
| <b>Total</b>                | <b>532</b> | <b>100</b> |

Fonte: Sinan NET (2012).

### ◆ Consequências da Ocorrência

A Tabela 4 apresenta as consequências relatadas das ocorrências de qualquer dos tipos de violência infligida. Como consequências da violência, o transtorno

comportamental aparece com mais frequência, sendo observado em 218 casos (41%), acompanhado de 191 casos de tentativas de suicídio (36%).

**Tabela 4.** Consequências da violência dos casos notificados no período de janeiro de 2010 a julho de 2012, Jataí/Go.

| Variáveis                  | n          | %            |
|----------------------------|------------|--------------|
| Tipo de Violência Sexual   |            |              |
| Estupro                    | 68         | 52.7         |
| Assédio sexual             | 46         | 35.7         |
| Atentado violento          | 12         | 9.3          |
| ao pudor                   |            |              |
| Exploração sexual          | 03         | 2.3          |
| Pornografia infantil       | 0          | 0            |
| <b>Total</b>               | <b>129</b> | <b>100</b>   |
| Procedimento Realizado     |            |              |
| Profilaxia HIV             | 12         | 19.3         |
| Coleta de secreção vaginal | 12         | 19.3         |
| Profilaxia DST             | 11         | 17.8         |
| Coleta de sangue           | 11         | 17.8         |
| Contracepção de emergência | 09         | 14.5         |
| Profilaxia Hepatite B      | 03         | 5.0          |
| Coleta de sêmen            | 02         | 3.2          |
| Aborto previsto em lei     | 02         | 3.2          |
| <b>Total</b>               | <b>62</b>  | <b>48.06</b> |

### ◆ Características do provável Agressor

Caracterizando o agressor, a Tabela 5 mostra que em 468 (24%) casos não havia vínculo do provável agressor com a vítima,

seguido de 445 (23%) casos provocados pela própria pessoa, sendo predominantemente do sexo masculino 1.121 (63.5%).



**Tabela 5.** Caracterização do agressor nos casos notificados no período de janeiro de 2010 a julho de 2012, Jataí/GO.

| Variável                         | n     | %    |
|----------------------------------|-------|------|
| Vínculo com a vítima             |       |      |
| Desconhecido(a)                  | 468   | 24.0 |
| Própria pessoa                   | 445   | 23.0 |
| Amigos/Conhecidos                | 217   | 11.1 |
| Mãe                              | 212   | 11.0 |
| Pai                              | 195   | 10.0 |
| Cônjuge                          | 125   | 6.4  |
| Filho(a)                         | 62    | 3.2  |
| Irmão(ã)                         | 56    | 3.0  |
| Ex-cônjuge                       | 45    | 2.3  |
| Padrasto                         | 38    | 2.0  |
| Namorado(a)                      | 21    | 1.1  |
| Cuidador(a)                      | 15    | 0.8  |
| Polícia/Agente da lei            | 14    | 0.7  |
| Pessoa com relação institucional | 13    | 0.6  |
| Ex-namorado(a)                   | 08    | 0.4  |
| Madrasta                         | 07    | 0.3  |
| Patrão/Chefe                     | 02    | 0.1  |
| Total                            | 1.943 | 100  |
| <i>Sexo do provável agressor</i> |       |      |
| Masculino                        | 1.121 | 63.5 |
| Feminino                         | 355   | 20.1 |
| Indivíduos de ambos os sexos     | 158   | 9.0  |
| Ignorado/Branco                  | 130   | 7.4  |
| Total                            | 1.764 | 100  |

## DISCUSSÃO

As notificações de violências são de fundamental importância para a Vigilância Epidemiológica em Saúde, pois conseguem dimensionar a real situação de violência como garantia de direitos, de preservação da saúde e da vida e de articulação e integração com a rede de proteção social e de atenção integral à saúde seguindo a linha do cuidado em saúde.<sup>9</sup>

No município de Jataí, as notificações analisadas a partir de janeiro de 2010 mostram que a faixa etária de maior ocorrência de vítimas foi de 20 a 29 anos (22,6%), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (18,3%), correspondendo à população econômica e socialmente ativa. Em um estudo que teve por objetivo descrever as características dos casos de violência notificados pelos serviços públicos de emergência do Brasil em 2006, em 65 Unidades de Emergência credenciadas ao SUS distribuídas em 34 municípios e no Distrito Federal, obtiveram-se resultados semelhantes, mostrando que as maiores proporções de atendimentos de violência foram observadas nas faixas etárias de 20 a 29 anos (35,1%) e 30 a 39 anos (21,5%).<sup>11</sup>

Podemos perceber que os extremos de idade apresentam valores equiparados, sendo menores de um ano com 37 (2,1 %) casos e maiores de oitenta anos com 36 (2,0%) casos, o que coincide com um estudo<sup>12</sup> realizado com fichas de notificação de violência de todo

território nacional durante o ano de 2012 via banco de dados do SINAN que analisou as notificações de violências contra crianças de 0-9 anos e encontrou valores semelhantes entre crianças de até 1 ano de idade com 1.797 (2,4%) casos de um total de 73.794; este mesmo estudo também demonstrou um número significativo de violências em idosos, com 3.615 casos (4,9%). No município de Jataí, as notificações de violência contra crianças e idosos são também realizadas pelo Conselho Tutelar (crianças e adolescentes) e pelo Conselho do Idoso, a suspeita ou confirmação de qualquer ato de violência relacionado a esta população por meio dos conselheiros é encaminhada às autoridades competentes para registro e providências cabíveis.

Quanto ao sexo da vítima das violências, há predominância masculina, coincidindo com um estudo<sup>11</sup> em que 3.535 (72,8%) das pessoas atendidas em emergências por violências eram do sexo masculino e 1.319 (27,2%) do sexo feminino, o que pode ser justificado pelos padrões socioculturais cristalizados na noção de gênero.<sup>13</sup> Neste mesmo estudo, 52,9% das vítimas se declararam ou foram classificadas na raça/cor parda, acompanhados de brancos com 26,2%; semelhante ao presente estudo no qual a cor parda representa 51,8%, seguida da cor branca com 37%.

Também comparando com o estudo citado<sup>11</sup>, a maioria das vítimas possuía 5 a 8 anos de estudos no Ensino Fundamental (41,3%) e apenas 1,2% com 12 anos ou mais de



estudo. No município de Jataí, os casos notificados apresentaram que as vítimas cursavam ou cursaram da 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental (EF) e conforme a Tabela 1 verifica-se um menor número de casos de violências quando possuem Educação Superior (ES), sendo ES incompleta com 2,7% e ES completa 1,8%. A baixa escolaridade em nossa sociedade está quase sempre associada com a precária condição socioeconômica, que acaba por reduzir as chances de emprego ou a oferta tem baixa remuneração, diminuindo, portanto, a autoestima e elevando a ansiedade, o nível de estresse e outros agravos à saúde mental do indivíduo, prejudicando assim as suas relações interpessoais<sup>14</sup>. Atualmente, os anos de estudo do Ensino Fundamental são contados do 1º ao 9º ano, porém, a ficha de notificação do SINAN ainda apresenta 1ª a 8ª série.

Em sua maioria, os casos ocorreram em residências (43,5%), seguido da via pública (39%). Corroborando com este resultado, um estudo<sup>15</sup> objetivou descrever características do processo de implantação da notificação de violências no estado de São Paulo e das notificações registradas no Sistema VIVA em 2009, onde foram analisadas 14.021 notificações provenientes de 308 municípios e 623 unidades notificantes. Constatou-se que a residência foi o local mais frequente de ocorrência desses eventos (69,6%) e a via pública, que inclui ruas, rodovias e praças, ocupou a segunda posição com 17,1% do total.

As lesões autoprovocadas ocorreram em 15% do total de notificações. Consideram-se agressões autoprovocadas como ações relacionadas à introdução de elementos externos à lógica do adoecer baseada no conhecimento biomédico e, nesse sentido, desencadeadoras de situações que “naturalmente” poderiam não necessitar de atendimento médico-hospitalar.<sup>16</sup> Apesar de ser um número relativamente pequeno, torna-se imprescindível a prevenção e conscientização da comunidade que, muitas vezes, ignora os sinais de depressão no indivíduo. Disponibilizar nos serviços de saúde programas de atendimento com equipe multiprofissional pode contribuir para ações que visem atendê-lo em suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e emocionais evitando a ocorrência de autoagressões.

Quanto à classificação da violência, observa-se um grande número de violência física (70%), o que também foi encontrado em um estudo realizado<sup>17</sup> em Penápolis, interior do estado de São Paulo, no período 2008 a 2010, que teve como objetivo descrever o perfil dos casos não fatais de violência

interpessoal atendidos em uma unidade de urgência e emergência. Os dados foram obtidos a partir das notificações do SINAN e do total de 109 casos estudados, a violência física foi a principal forma de agressão (93,6%). Na Tabela 3, encontramos diferenças na totalização dos tipos de violência sofridos, em que o valor absoluto (n) é maior que o total das 1.764 notificações realizadas no período do estudo, o que demonstra que a mesma vítima sofreu mais de um tipo de violência.

No presente estudo, o meio de agressão prevalente foi a força corporal/espancamento, seguido do uso de objeto perfurocortante, semelhante a um estudo<sup>11</sup> no qual a força corporal/espancamento ocorreu em 55,5% dos casos, também seguido do uso de objeto perfurocortante com 28,1% dos casos de violências.

Em relação ao tipo de violência sexual, ocorreram em maior número. Nos casos de estupro e na maioria dos casos de violência sexual houve penetração vaginal, similar a um estudo<sup>18</sup> que avaliou as características das violências sexuais sofridas por mulheres no município de Sorocaba SP, em que foi constatado que a penetração vaginal ocorreu em 39,8% dos casos de violência sexual.

Apesar de se tratar de um número relativamente pequeno quando comparado aos demais tipos de violência, chama-nos atenção a violência sexual pelo fato de que do total de casos de violência sexual, em 76 (59%) casos ocorreu algum tipo de penetração, porém, destes, somente em 62 casos foi realizado algum tipo de procedimento pós-exposição.

O Ministério da Saúde (MS) em sua Norma Técnica, Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes<sup>19</sup>, recomenda que o profissional da saúde deve avaliar a ocorrência realizando o exame clínico e analisando os dados sobre o possível agressor, ou seja, o teste rápido neste primeiro atendimento e o acompanhamento sorológico. A profilaxia para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) nos casos em que ocorra penetração anal ou vaginal nas primeiras 72 horas em que a vítima procurar o serviço de saúde e em caso de penetração oral fica sob a decisão da vítima; a coleta de sangue e do conteúdo vaginal deve ser realizada imediatamente para verificar a presença de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), HIV, Hepatites e outras, não retardando, porém, o início da profilaxia.

A profilaxia para DSTs deve ser imediata ao atendimento e no máximo em até duas semanas após a violência sexual; a profilaxia





de hepatite B é recomendada em casos que haja contato com o sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor com base na realização de exames complementares. Quando possível, a coleta de sêmen deve ser feita em *swab* estéril para análise. A contracepção de emergência deve ser prescrita a todas as mulheres vítimas de violência que tiveram contato com sêmen por penetração vaginal, com dose única e apenas em casos nos quais está confirmada a ausência de gravidez; o aborto está previsto em lei e pode ser realizado até menos de 22 semanas de idade gestacional.<sup>19</sup>

Observa-se, nesta pesquisa, que os procedimentos preconizados pelo MS para os casos de violência sexual não foram realizados em sua integralidade, fato este preocupante, pois mantém a saúde do indivíduo vulnerável. Dada as múltiplas consequências da violência sexual, o atendimento à vítima requer a participação de uma equipe multidisciplinar e não deve se limitar à emergência, visto que esse tipo de violência apresentam consequências em longo prazo que precisam ser prevenidas e tratadas quando aparecerem.

As consequências da ocorrência são aquelas detectadas no momento da notificação. Do total de 1.764 casos, 532 (30,3%) apresentaram um tipo de consequência, com predominância do transtorno comportamental (41,0%), que inclui: abuso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, distúrbios da alimentação e do sono, sentimentos de vergonha e culpa, fobias e síndrome de pânico, inatividade física, baixa autoestima, comportamentos suicidas e autoflagelos, além do comportamento sexual inseguro.<sup>20</sup> Os casos de aborto como consequência da ocorrência significam que o ato de violência provocou o aborto.

Caracterizando o possível autor da agressão, há predominância de desconhecidos (24%), semelhantemente a uma pesquisa<sup>11</sup> de avaliação do perfil epidemiológico das vítimas de violência, em que o vínculo do possível agressor com a vítima, em 35,8% dos casos, era de desconhecidos, além do que a maior parte dos agressores foi do sexo masculino (72%). Estudo este que corrobora com o perfil encontrado em Jataí em que o sexo do provável agressor é predominantemente masculino. Há estudos que diferem do perfil encontrado no presente trabalho relacionado ao vínculo do agressor com a vítima, no qual a maioria dos agressores são cônjuges/parceiros íntimos ou parentes/conhecidos das vítimas.<sup>15,17</sup> Na análise dos dados referente ao vínculo da vítima com o agressor, encontrou-se um valor total de 1.943 notificações, sendo

que o total de notificações realizadas no período estudado foi de 1.764, sugerindo a presença de mais de um agressor em determinados casos.

Os profissionais de saúde, diante da implementação das políticas públicas, devem construir espaços de transformação social desenvolvendo ações que confirmam o entrelaçamento de aspectos socioculturais, psicológicos, comportamentais, relacionais e econômicos.<sup>21</sup>

## CONCLUSÃO

A análise do perfil das notificações de violência aqui elaborada foi capaz de produzir informações úteis às esferas gestoras do setor saúde do município de Jataí. A maioria das vítimas foi do sexo masculino, adultos jovens, cor parda, solteiros e com baixa escolaridade, sendo o agressor predominantemente do sexo masculino e desconhecido da vítima. A maioria das violências ocorreu em residências, com violência física por uso da força corporal/espancamento. A principal forma de violência sexual foi o estupro com penetração vaginal, e os procedimentos realizados com a vítima não foram integralmente seguidos conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.

A partir do momento em que se conhece melhor as causas, o tipo de agressor e os tipos de violência mais predominantes, além das análises efetuadas e estratificações de violências apresentadas, acredita-se que são passíveis de uma ação conjunta entre os órgãos responsáveis e profissionais da saúde através do manejo, organização, planejamento e ações de prevenção da violência. Espera-se a sensibilização dos gestores municipais em suas áreas de atuação para que possam investir em programações que contemplem na integralidade a assistência à vítima de violência.

A legislação brasileira, embora clara quanto à obrigatoriedade de notificar, oferece pouca orientação aos profissionais. É pela notificação que se cria o elo entre a área da saúde e o sistema legal, iniciando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da atuação, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência.

Sabemos que apesar do empenho em se realizar notificações de todos os casos de violência, existe ainda a subnotificação; e se o número de casos aqui encontrados é considerado alarmante, cerca de duas notificações ao dia durante o período



estudado, esses números podem ser ainda maiores.

Faz-se necessário investir no preparo e orientação do notificador quanto à importância do preenchimento das fichas e seus dados para a realização de estudos e ações que visem à prevenção, atenção e cuidado à saúde, sem esquecer, no entanto, que qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias que militam por direitos e cidadania. Sobretudo, tem que atuar com uma ampla visão do fenômeno em níveis locais e específicos.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, nosso guia e protetor.

Aos nossos familiares que estiveram sempre nos apoiando em nossos objetivos e nos incentivando para o nosso sucesso.

Aos colaboradores que contribuíram para a elaboração deste e a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a nossa formação profissional.

## REFERÊNCIAS

1. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1994 [cited 2014 June 20]; 10(Supl. 1):135-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a09.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 340 p.
3. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132 p.
4. Silva MMA, Malta DC, Neto OLM, Rodrigues SEM, Gawryszewski VP, Matos S, et al. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2007 [cited 2014 June 20];16(1):57-64. Available from: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000100006&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000100006&script=sci_arttext).
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Rafael L. World report on violence and health. Geneva. World Health Organization [Internet]. 2002 [cited 2014 June 20]. Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/).
6. Dahlberg LL; Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [cited 2014 June 20];11(Sup):1163-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Temático: Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. 60 p.
8. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [Internet]. 2002 Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*16 de junho de 1990 Seção I [cited 2014 June 20]. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:spQFtC2imD0J:www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 138 p.
10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Cidades. Goiás, Jataí [cited 2014 June 20]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
11. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura, L, Macário EM, Gawryszewski VP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2010 Apr/June 2011 [cited 2014 June 20];4(2):930-33. Available from: 2009;18(1):17-28. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n1/v18n1a03.pdf>.
12. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2014 June 20];17(9):2305-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>.
13. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2005 [cited 2014 June 20];21(3):815-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/15.pdf>.
14. Silva MA. Prevalência e fatores associados à violência doméstica contra as mulheres assistidas no Centro de Atenção à Mulher. Dissertação. CAM/ Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira - IMIP, em Recife/Pernambuco; 2006. 108 p.



15. Gawryszewski VP, Valencich MO, Carnevalle CV, Skazufka ET, Marcopito LF. Notificações de violência no Estado de São Paulo, 2006 a 2009. Bepa [Internet]. 2011 [cited 2014 June 20];8(89):4-15. Available from:

[http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/B\\_EPA89\\_VIOLENCIA.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/B_EPA89_VIOLENCIA.pdf).

16. Machin R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [cited 2014 June 20];14(5):1741-50. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/15.pdf>.

17. 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. Brasília: Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2010 Apr/June 2011 [cited 2014 June 20];21(2):293-304. Available from:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a12.pdf>.

18. Campos MAMR, Schor N, Anjos RMP, Laurentiz JC, Santos DV, Peres F. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato a vítima. São Paulo: Saúde Soc [Internet]. 2005 Jan-Apr [cited 2014 June 20];14(1):101-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n1/11.pdf>.

19. Brasil, Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p. 20.

20. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexão histórica. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2006 Nov-Dec [cited 2014 June 20];14(6):1-8. Available from:

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2385/2619>.

21. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexão histórica. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2014 June 20];14(6):116-23. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt\\_v14n6a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf).

22. Vieira LB, Padoim SMM, Paula CC. Mulheres que denunciam o vivido da violência: perspectivas para enfermagem a partir da fenomenologia social. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2014 June 20];4(2):930-33. Available from: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/933/pdf\\_24](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/933/pdf_24)



Submissão: 22/03/2013

Aceito: 23/08/2014

Publicado: 01/10/2014

Correspondência

Giulena Rosa Leite

Residencial Barcelona

Rua A, n. 181

CEP 75803-350 – Jataí (GO), Brasil