

Notificações de violência no Estado de São Paulo, 2006 a 2009***Mandatory reports of violence cases in São Paulo state, 2006 a 2009***

Vilma Pinheiro Gawryszewski; Dalva Maria de Oliveira Valencich; Cláudia Vieira Carnevalle; Eva Teresa Skazufka; Luiz Francisco Marcopito

Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é descrever características do processo de implantação da notificação de violências no Estado de São Paulo e das notificações registradas no Sistema VIVA em 2009. Os dados de 2006 a 2008 foram extraídos de banco de dados em EPI-Info e, de 2009, do SinanNET. Foram analisadas 14.021 notificações provenientes de 28 GVE, 308 municípios e 623 unidades notificantes. Entre 2006 a 2009, o aumento das notificações foi 380% e do número de serviços notificantes, 500%. O mapeamento da Rede de Serviços de Referência ao Atendimento às Vítimas de Violência identificou 152 serviços no Estado, excluída a capital paulista. Os dados de 2009 mostraram que o sexo feminino foi predominante (9.727 casos; 69,4% do total); as idades mais jovens concentraram o maior número de casos, sendo que os menores de 10 anos ocuparam o primeiro lugar entre as notificações no sexo masculino (2.625 casos; 26,6% do total), enquanto no sexo feminino foram as faixas de 10 a 19 anos (3.238 casos; 23,4% do total) e 20 a 29 anos (3.012 casos; 23,4% do total). A violência física isolada foi predominante (45,4%), seguindo-se a violência física e psicológica concomitante (13,2%). Casos de violência sexual responderam por 10,4%. O local de ocorrência mais frequente foi a residência (58,9% do total), seguindo-se a via pública (14,5%). Os agressores mais frequentes foram os parceiros íntimos (27,3%), seguindo-se os pais (19,5%) e os amigos/conhecidos (13,6%). A implantação do Sistema VIVA foi bem sucedida em São Paulo, cumprindo com as determinações legais de notificação de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. As estratégias de prevenção devem enfatizar a capacitação das famílias e grupos comunitários.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica. Violência sexual. Maus-tratos. Causas externas.

ABSTRACT

Objectives: describing the characteristics of the process implanting the notification of violence cases in the State of São Paulo and the notifications registered in the VIVA System in 2009. Data from 2006 to 2008 were obtained in a databank in EPI-info and, from 2009 forward, from SinanNET. Analysis comprised 14.021 notifications obtained from 28 Regional Epidemiologic Surveillance – GVE – branches, 308 cities and 623 notifying unities. Between 2006 to 2009, the increase in notifications was of 380% and the number of notifying services registered a raise of 500%. The map designed by the Reference Services for Attention to Victims of Violence Network identified 152 services in the State, not including the Capital. Data from 2009 show that females were predominant (9.727 cases, 69,4% of the total); younger ages concentrated the higher number of cases, with children under 10 years of age occupying the first place among reports of cases occurring in males (2.625 cases, 26,6% of the total), while among females the brackets comprising ages between 10 to 19 years (3.238 cases, 23,4% of the total) and 20 to 29 years (3.012 cases, 23,4% of the total). Isolate physical violence was predominant (45,4%), followed by concomitant physical and psychological violence (13,2%). Cases of sexual violence represented 10,4%. The place in which most of the cases occurred was the household (58,9% of the total), followed by the streets (14,5%). Most frequent aggressors were intimate partners (27,3%), followed by the parents (19,5%) and friends/acquaintances (13,6%). Implantation of the VIVA system was successful in the State, complying to the legal determinations of notifying violence occurrences against children, adolescents, women and the elderly. Prevention strategies must emphasize actions designed for families and community groups.

KEY WORDS: Domestic violence. Sexual violence. Mistreats. External causes.

INTRODUÇÃO

A violência, nos últimos, anos vem se apresentando como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo.¹ Sabe-se que se trata de um fenômeno sócio-histórico que faz parte da experiência humana há longo tempo,² afetando não somente a saúde individual, mas também a coletiva. As expressões da violência que ocorrem no Brasil são muito complexas, envolvendo questões sociais, culturais, familiares e individuais. Desse

modo, conceituar violência é uma tarefa complexa. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela pode ser definida como “o uso de força física ou 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 privação”.¹ Estima-se que a cada ano as causas violentas sejam responsáveis por mais de um milhão de mortes no

mundo,^{1,2} sem contar o ônus determinado pelas internações, consultas médicas, assistência psicológica e social.

Atualmente, existem evidências suficientes para afirmar que seus efeitos sobre a saúde física, mental e reprodutiva podem ser vistos não apenas no curto prazo, mas também no médio e longo, incluindo transtornos de estresse pós-traumático, depressão, comportamentos de alto risco, tais como tabagismo e uso nocivo de álcool, além de risco aumentado para doenças crônicas, entre outras.³ Por exemplo, evidências mostram que as mulheres que sofrem violência doméstica e sexual são mais propensas a serem atendidas em serviços de saúde e emergências, aumentando o impacto econômico sobre a área da saúde.⁴ Cabe ressaltar que a violência doméstica contra a mulher afeta a qualidade de vida de toda família, especialmente a das crianças expostas a essa violência.

O estabelecimento de ações para enfrentamento de qualquer agravo de saúde pública requer a sistematização das informações e análise referentes àquele agravo. A partir dessa necessidade, e buscando conhecer a magnitude dos acidentes e violências, foi estabelecido, já em 2005, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no âmbito do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) –, um Núcleo Estadual de Vigilância de Acidentes e Violências – Núcleo Estadual VIVA São Paulo, com objetivo de coordenar o processo de implantação da ficha e do sistema de notificação de violências em serviços sentinelas do Sistema Único de Saúde (SUS). No nível regional, o núcleo atua de forma descentralizada, por meio dos 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica

(GVE/CCD), os quais se articulam com os serviços de vigilância das Secretarias Municipais de Saúde, centros de referência para o atendimento às pessoas em situação de violência, hospitais universitários, delegacias da mulher e conselhos tutelares, entre outros. Todo esse trabalho encontra-se em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).⁵

O presente estudo tem como objetivo descrever características do processo de implantação da notificação de violências no Estado de São Paulo e dos casos registrados no Sistema VIVA, em 2009.

MÉTODOS

Tipologia da violência – Definições

As definições utilizadas, no presente estudo, para classificar os diversos tipos de violência encontram-se listadas a seguir, tendo sido retiradas e adaptadas do instrutivo da ficha de notificação elaborado pelo Ministério da Saúde⁶ e pela Organização Mundial da Saúde.^{3,7} Cabe ressaltar que a ficha de notificação contempla outras definições, que não estão apresentadas em razão da baixa frequência de casos. Além disso, esse instrumento aceita o registro de uma ou mais tipologias de violência em cada evento.

Violência física: são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, tais como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de

objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações e mutilações, dentre outras.

Psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrém. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Também pode ser chamada de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado, empregado e patrão, empregado e empregado.

Sexual: conduta que constranja outrém a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força. Comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, ou seja, toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas. Tais práticas são consideradas crime mesmo se exercidas por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro(a), esposo(a).

Financeira/econômica: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido por eles, de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre sobretudo no âmbito familiar, sendo muito frequente entre as pessoas idosas. É também chamada de violência patrimonial.

Negligência/abandono: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados

básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Por exemplo, falta de cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor, ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência.

Fonte dos dados

Os dados referentes aos anos de 2006 a 2008 foram extraídos dos bancos de dados enviados pelos GVE do Estado de São Paulo. Nesse período, as notificações eram preenchidas pelas unidades notificantes sentinelas (unidades básicas de saúde estaduais e municipais, centros de referências e delegacia da mulher, entre outras), sendo então encaminhadas para os GVE, onde eram digitadas em programa EPI-Info desenvolvido especialmente para esta finalidade. Primeiro semestralmente e depois anualmente, esses bancos de dados eram encaminhados para o Núcleo Estadual VIVA São Paulo da Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CVE/CCD/SES-SP), onde era feita uma análise de consistência dessas informações e, posteriormente, sua consolidação. Para descrever o processo de implantação do Sistema VIVA no Estado de São Paulo foram utilizados o número de casos notificados, serviços e municípios notificantes, no período entre 2006 e 2009.

Os dados referentes ao ano de 2009 foram extraídos do Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (SinanNET), estabelecido pelo Ministério da Saúde. A partir daquele ano, utilizou-se a Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, padronizada nacionalmente, e a notificação seguiu o fluxo regular

de todas as doenças de notificação compulsória. As diferenças entre a ficha utilizada anteriormente e a atual não foram muitas, uma vez que essa nova ficha teve como base a utilizada no Estado de São Paulo. As principais mudanças dizem respeito à permissão do registro de mais de um tipo de violência para uma mesma notificação, ampliação do número de variáveis levantadas (especialmente quanto ao acompanhamento e encaminhamento dos casos) e categorias em variáveis já existentes.

Para o mapeamento da Rede de Serviços de Referência ao Atendimento às Vítimas de Violência no Estado de São Paulo foi feito, inicialmente, um levantamento das unidades notificantes no SinanNET no ano de 2010. Posteriormente, uma planilha contendo esses dados foi encaminhada aos GVE e municípios para que estes informassem quais dessas unidades funcionavam como serviço de referência.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio dos programas TABWIN e SPSS 10.0 para Windows. Em 2009 o total de notificações registradas no Sinan foi de 14.441, dos quais foram excluídos 7 casos cujo sexo das vítimas não foi registrado e 413 em razão de o tipo de violência não ter sido registrado (2,9% do total). Desse modo, os dados aqui apresentados referem-se a 14.021 registros. Cabe assinalar que eles não incluem o município de São Paulo, que desenvolveu um sistema próprio para o registro das notificações realizadas na sua área de abrangência.

As informações foram analisadas segundo variáveis demográficas (sexo e faixa etária), tipo de violência (física, sexual,

psicológica e outras), relação vítima/agressor (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado) e local de ocorrência (residência, via pública e outras). Cabe ressaltar que para este estudo foram selecionadas as variáveis que compõem um perfil mais geral desses agravos. Os dados estão apresentados sob a forma de números absolutos e proporções. Em razão dessas informações serem provenientes de serviços sentinelas não está indicado o cálculo de taxas para o Estado.

Considerações éticas

Embora se trate de doença de notificação compulsória de âmbito nacional, em que o próprio sistema garante o total anonimato de pacientes, profissionais e gestores dos serviços, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, SP.

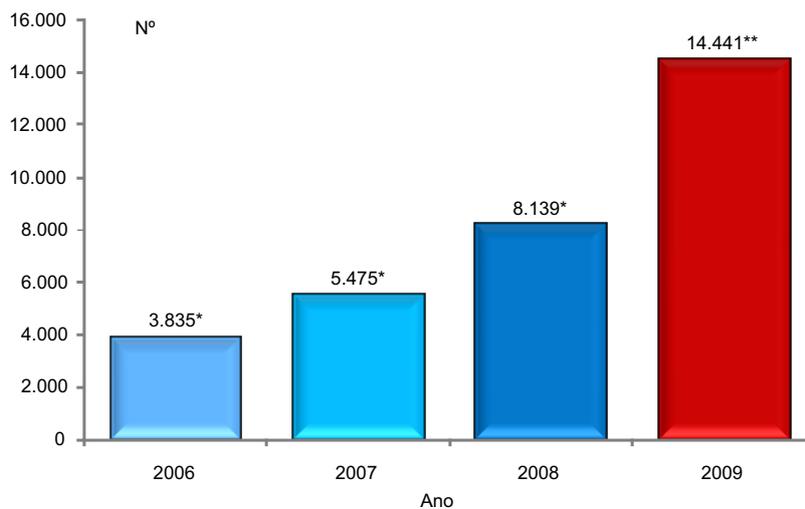
RESULTADOS

Implantação do Sistema VIVA no Estado de São Paulo

É possível observar, a partir das Figuras 1 e 2, a evolução do número de notificações, serviços e municípios que implantaram o Sistema VIVA. Em 2006 o número de notificações chegou a 3.835, subindo, em 2007, para 5.475, provenientes de 124 serviços sentinelas distribuídos em 72 municípios. Em 2008, foram 8.139 notificações (254 serviços sentinelas, 115 municípios notificantes). Consideramos o ano de 2009 um marco na ampliação e sustentabilidade desse sistema, uma vez que essas notificações passaram a ser digitadas no SinanNET, que é o sistema nacional de vigilância de agravos à saúde.

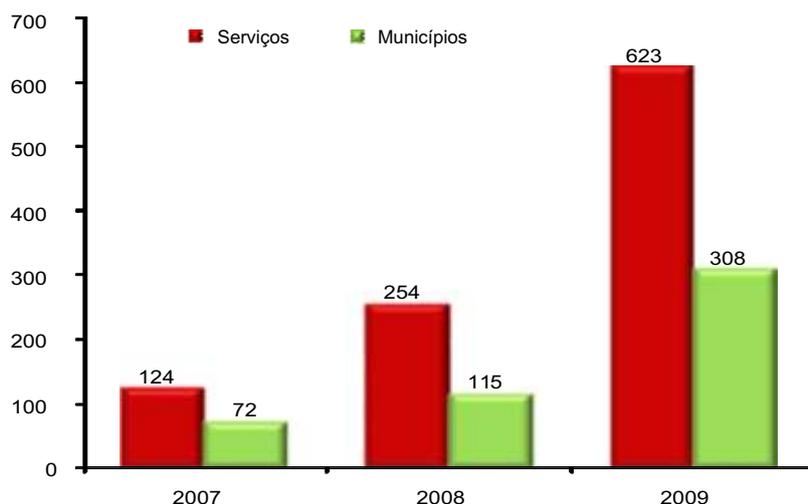
Isso permitiu o aumento expressivo no número de notificações, que chegou a 14.441 em 2009 (623 serviços sentinelas 308 municípios notificantes), um aumento de cerca de 380% nas notificações entre 2006 e 2009, 500% no número de serviços notificantes e 430%

de municípios notificantes entre 2007 e 2009. O mapeamento da Rede de Serviços de Referência ao Atendimento às Vítimas de Violência identificou 152 serviços de saúde referências para este atendimento no Estado de São Paulo, excluída a capital.



Fonte: *Epi-Info (2006 a 2008) / **SinanNET (2009)

Figura 1. Notificação de violências no Estado de São Paulo segundo o ano de notificação, 2006 a 2009.



Fonte: Epi-Info (2007 e 2008) / Fonte: SinanNET (2009)

Figura 2. Notificação de violências no Estado de São Paulo segundo município e serviços notificantes, 2007 a 2009.

Perfil das notificações no ano de 2009

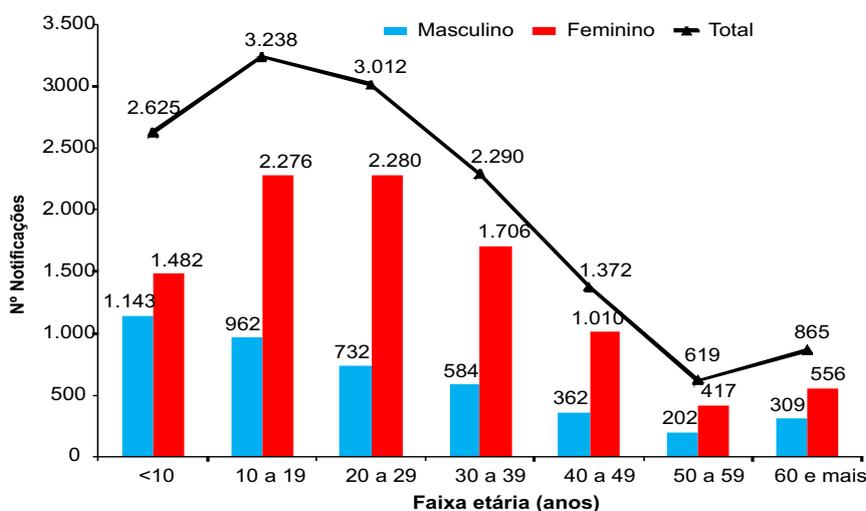
A análise das 14.021 notificações registradas em 2009 mostrou a predominância do sexo feminino, com 9.727 casos (69,4% do total), enquanto as notificações no sexo masculino foram 4.294 (30,6% do total). A Figura 3 apresenta os número de notificações segundo sexo e faixa etária, sendo possível observar que foram os mais jovens aqueles que concentraram o maior número de notificações para ambos os sexos. Cabe ressaltar que as notificações entre crianças e adolescentes menores de 18 anos representaram 39,8% do total.

As diferenças observadas entre os sexos referem-se ao fato das notificações no sexo masculino terem ocorrido em idades mais precoces que o sexo feminino, uma vez os meninos menores de 10 anos ocuparam o primeiro lugar entre as notificações no sexo masculino (2.625 casos; 26,6% do total), enquanto no sexo feminino foram as faixas de 10 a 19 anos (3.238 casos; 23,4% do total) e 20 a 29 anos (3.012 casos; 23,4% do total) as que responderam pela maior proporção de notificações. A partir dos 30 anos o número de notificações tende a decrescer

em ambos os sexos, mas voltam a subir para os idosos com idade de 60 anos ou mais (865 casos; 6,2% do total).

A análise de outras variáveis demográficas de interesse mostrou que, quanto à raça/cor, 53,4% dos casos se declararam ou foram classificados como brancos; os pardos foram 20,0% e os pretos, 7,2%. A distribuição dessa variável segundo sexo não apresentou diferenças marcantes. Cabe assinalar que a proporção de casos sem preenchimento ou "ignorados" chegou a 18,7%.

A análise da situação conjugal para o grupo acima de 12 anos de idade mostrou que a maioria dos casos se declarou solteira (35,2% do total), seguindo-se os casados ou em união consensual (30,5% do total). Porém, essa situação apresentou diferenças quanto ao sexo, uma vez que as mulheres casadas ou em união consensual foram maioria (33,2% do total de mulheres), seguindo-se as solteiras (32,8%). Entre os homens ocorreu o inverso: os solteiros foram a maioria das notificações (42,1% do total de homens), seguindo-se os casados ou em união consensual (22,7%).



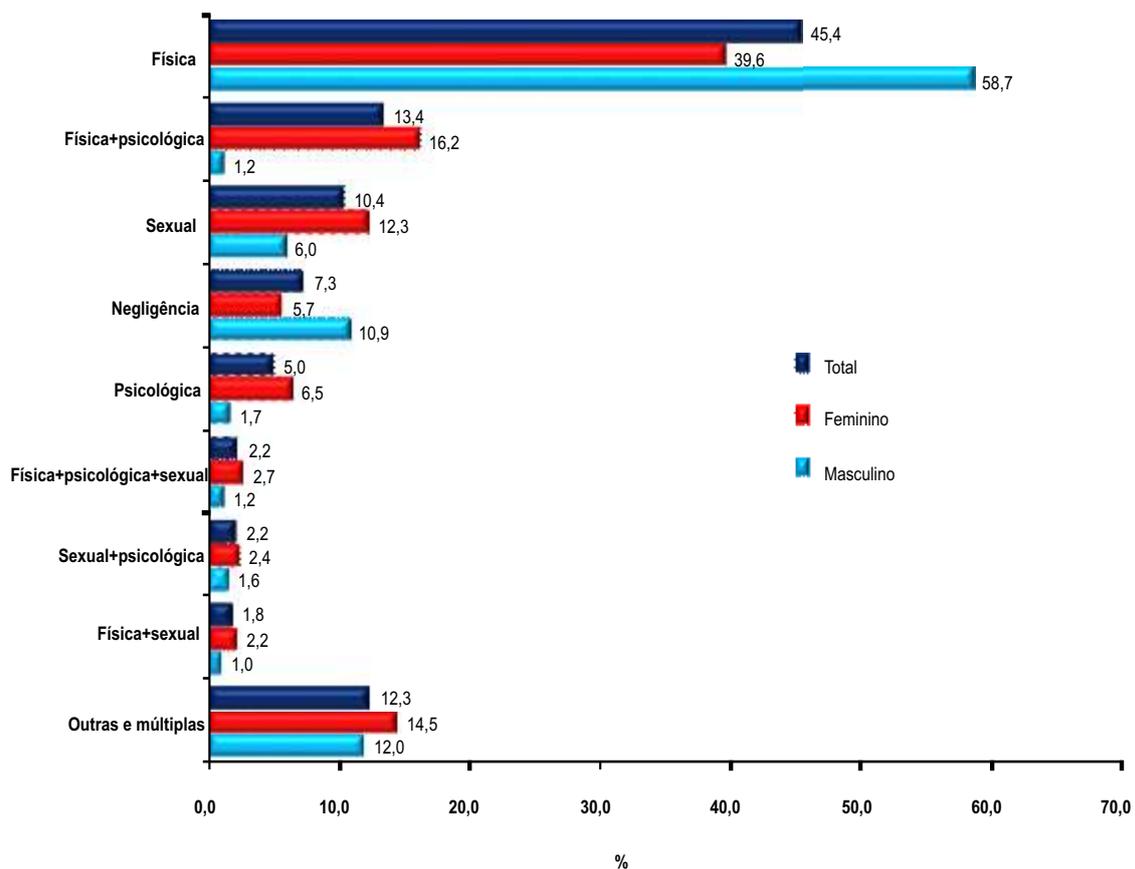
Fonte: SinanNET (SMS/GVE/Núcleo VIVA SP/SESSP)

Figura 3. Notificação de violências segundo sexo e faixa etária. Estado de São Paulo, 2009.

A Figura 4 apresenta as notificações segundo o sexo e os diferentes tipos de violência, mostrando que a violência física isolada foi predominante, respondendo por quase metade dos casos (45,4%), sendo esta proporção mais pronunciada para o sexo masculino. Visto que a ficha permite assinalar mais de um tipo de violência para um mesmo caso, ressalta-se que o total de notificações nas quais esse tipo de violência foi verificado chegou a 8.816 (62,9% do total).

O segundo lugar foi ocupado pelas violências física e psicológica concomi-

tantes, que responderam por 13,2% dos casos, mas cuja importância proporcional entre os homens foi pequena. O terceiro lugar foi ocupado pela violência sexual isolada, responsável por 10,4% das notificações, com maior predominância no sexo feminino. Seguiu-se a negligência, com maior expressão no sexo masculino. Pode ser verificado que, além de diferenças em relação ao sexo, os diversos tipos de violência também variam em relação à faixa etária, porém o detalhamento desta análise será objeto de outra publicação.



Fonte: SinanNET (SMS/GVE/Núcleo VIVA SP/SESSP)

Figura 4. Notificação de violências segundo tipologia e sexo. Estado de São Paulo, 2009.

A Tabela 1 mostra os tipos de agressores e o local onde essas violências ocorreram, porém, somente para os casos em que esta informação foi registrada. Os agressores mais frequentes foram os denominados “parceiros íntimos” (cônjuges, ex-cônjuges, namorados e ex-namorados), referidos em 27,3% dos casos. Cabe esclarecer que essa denominação é uma tradução literal do inglês *intimate partner*, que também vem sendo usada em publicações brasileiras.

Nessa categoria foi verificada uma diferença marcante em relação ao sexo da vítima, uma vez que os parceiros íntimos figuraram como agressores de 5,5% das notificações no sexo masculino, enquanto respondem por 36,0% das agressões no sexo feminino. Seguem-se os pais (aí incluídos o pai, a mãe, o padrasto

e a madrasta), respondendo por 19,5% do total; as proporções de pais e mães são similares, com menor representação dos padrastos e das madrastas. Os amigos e conhecidos foram 13,6%, enquanto os desconhecidos foram 12,0%. Os casos classificados como “própria pessoa” referem-se às lesões autoprovocadas.

Foi observado que a residência foi o local mais frequente de ocorrência desses eventos (69,6%), para ambos os sexos, porém, sendo maior entre as mulheres (74,9%) do que entre os homens (55,4%). A via pública, que inclui ruas, rodovias e praças, ocupou a segunda posição com 17,1% do total, sendo que essa proporção entre os homens é maior que entre as mulheres (24,4 e 13,6%, respectivamente).

Tabela 1. Notificação de violências segundo tipologia e sexo. Estado de São Paulo, 2009.

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº.	%
Agressor*						
Pais	895	25,6	1.498	17,1	2.393	19,5
Pai	333	9,5	612	7,0	945	7,7
Mãe	461	13,2	509	5,8	970	7,9
Padrasto	83	2,4	342	3,9	425	3,5
Madrasta	18	0,5	35	0,4	53	0,4
Parceiros íntimos	192	5,5	3.148	36,0	3.340	27,3
Cônjuge	130	3,7	2.070	23,6	2.200	18,0
Ex-cônjuge	40	1,1	624	7,1	664	5,4
Namorado	11	0,3	233	2,7	244	2,0
Ex-namorado	11	0,3	221	2,5	232	1,9
Filho	126	3,6	348	4,0	474	3,9
Irmão	117	3,3	298	3,4	415	3,4
Amigo/conhecido	663	18,9	1.002	11,4	1.665	13,6
Outros	494	14,1	952	10,9	1.446	11,8
Desconhecido	596	17,0	871	9,9	1.467	12,0
Própria pessoa	416	11,9	639	7,3	1.055	8,6
Total	3.499	100,0	8.756	100,0	12.255	100,0
Local de ocorrência**						
Residência	2.022	55,4	6.243	74,9	8.265	69,6
Habitação coletiva	58	1,6	53	0,6	111	0,9
Escola	141	3,9	193	2,3	334	2,8
Bar ou similar	133	3,6	117	1,4	250	2,1
Via pública	891	24,4	1.137	13,6	2.028	17,1
Outro	404	11,1	588	7,1	880	7,4
Total	3.649	100,0	8.331	100,0	11.868	100,0

*Excluídos 1.766 casos com informação ignorada (12,6% do total)

**Excluídos 1.889 casos com informação ignorada (13,5% do total)

DISCUSSÃO

Em relação à avaliação da implantação do sistema no Estado, considera-se que esses resultados são muito positivos e comprovaram a progressão da implantação dessa vigilância. Além disso, dado o grande número de variáveis que são coletadas, o sistema permite uma ampla possibilidade de análises. Entre as limitações está a impossibilidade de generalização dos dados e, portanto, de construção de taxas, uma vez que os dados são provenientes de serviços sentinelas. Por isso, cabe assinalar que, apesar do expressivo número de casos, os dados coletados ainda devem estar subestimados.

A despeito dessas limitações, o sistema de vigilância permitiu conhecer melhor o perfil dessas ocorrências e suas vítimas, o que anteriormente somente era conhecido através de informações provenientes de estudos pontuais. Assim, consideramos que o VIVA se constitui em fonte de dados essencial para a construção de políticas públicas voltadas para a redução da violência.

Adicionalmente, a implantação do sistema serviu para identificar e estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e/ou de outras áreas com o objetivo de organizar a rede de assistência às pessoas em situação de violência. O mapeamento dessa rede, que foi realizado pela Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do CVE/CCD/SES-SP, revelou-se um valioso auxílio na identificação das regiões onde mais esforços devem ser empreendidos no sentido do estabelecimento de serviços para o atendimento. Além disso, permite que o diálogo com os gestores da atenção básica seja mais concreto.

Conforme explicitado na metodologia, os resultados aqui apresentados pretendem

fornecer somente um perfil mais geral das notificações realizadas no ano de 2009. Dada a complexidade do problema e as variáveis coletadas na ficha de notificação, outros estudos voltados especificamente para os grupos mais vulneráveis, como a criança, a mulher e o idoso, devem ser realizados posteriormente. Os achados do presente estudo mostraram, mais uma vez, o quanto a violência encontra-se arraigada na família brasileira, uma vez que a residência é o local de ocorrência mais frequente desses casos e os familiares e parceiros íntimos figuram como os principais perpetradores desses atos. Além disso, são consistentes com dados nacionais que também mostraram as crianças de 0 a 9 anos como aquelas que respondem pela maior proporção de notificações, que a agressão física é o tipo de violência mais prevalente e que o local de ocorrência mais frequente é a residência.⁵

Especial destaque deve ser dado à proporção de notificações de violência contra a mulher (seja física, psicológica ou violência sexual), conhecida como violência de gênero, porque se relaciona à condição de subordinação da mulher na sociedade. Estima-se que entre 10% a 50% das mulheres em todo o mundo sofreram alguma forma de violência perpetrada por seus parceiros íntimos, um fenômeno que vem sendo encarado como importante problema de saúde pública. As estratégias para redução dessa violência devem promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, facilitar o acesso à rede social de proteção e incluir os homens na discussão sobre a violência e formas alternativas de resolução de conflitos.⁸

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados mostram que o Sistema VIVA vem sendo implantado de uma forma bem sucedida no Estado de São Paulo, do ponto de vista do aumento das notificações e serviços e municípios envolvidos. Além disso, cumpre com as determinações legais de notificação de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, que formam os grupos prioritários no enfrentamento às violências, devido à sua vulnerabilidade. Constitui-se em importante fonte de informações sobre o problema, se configurando como elemento impulsionador do desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção das violências, promoção da saúde e da cultura da paz em nosso Estado.⁵

Os resultados do presente estudo permitiram traçar um perfil geral das notificações, mostrando que a mulher foi o grupo mais atingido, bem como as faixas etárias mais jovens. A violência física foi o tipo preponderante, sendo os principais perpetradores dessas violências os pais e parceiros íntimos e a residência da vítima o principal local dessas ocorrências. Isso indica que as estratégias de prevenção dessas ocorrências devem dar ênfase à capacitação das famílias, dos grupos comunitários para lidarem com o problema da violência não apenas como episódio isolado, mas como situação que se prolonga, por suas características culturais, sociais e familiares.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization – WHO. World report on violence and health. Switzerland, Geneva; 2002.
2. Minayo MCS. Violência – um problema para a saúde dos brasileiros. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.
3. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence [publicação na internet]. Switzerland, Geneva; 2010. [acesso em 12 out 2010]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf
4. World Health Organization – WHO. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação// Investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras

Violências [publicação na internet] [acesso em 20 jan 2011]. Disponível em:
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_dnc.htm.

7. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization, 2006. [acesso em 20 jan 2011] Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.

8. Gomes R; Minayo MCS; da Silva CRF. Violência contra a mulher – uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.

Recebido em: 14/02/2011
Aprovado em: 26/05/2011

Correspondência/correspondence to:
Vilma Pinheiro Gawryszewski
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – Cerqueira Cesar
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8749
E-mail: gawry@uol.com.br