

Artigo original

Perfil epidemiológico da violência no estado de São Paulo em comparação ao Departamento Regional de Saúde II

Epidemiological profile of violence in the state of Sao Paulo compared to a Regional Health Department II

Laura Alice Inoue Aguiar^{ID}, Larissa Maria Pagani Pires^{ID},
Luana Freitas Freire^{ID}, Yasmin Thiemy Livramento Rocha^{ID}, Gabriella
Andrade Lescano^{ID}, Lucila Bistaffa de Paula^{ID}

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Araçatuba, São Paulo, Brasil

Autor para correspondência

Laura Alice Inoue Aguiar

E-mail: lauraaguiar_medt3@unisalesiano.com.br

Instituição: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium

Endereço: José Rico Belda, 338, Bairro Planalto, CEP: 16075-003. Araçatuba, São Paulo, Brasil

Como citar

Aguiar LAI, Pires LMP, Freire LF, Rocha YTL, Lescano GA, Paula LB. Perfil Epidemiológico da Violência no Estado de São Paulo em Comparação ao Departamento Regional de Saúde II. BEPA, Bol. epidemiol. paul. 2024; 21: e40229. doi: <https://doi.org/10.57148/bepa.2024.v.21.40229>

Primeira submissão: 10/01/2024 • Aceito para publicação: 29/02/2024 • Publicação: 11/03/2024

Editora-chefe: Regiane Cardoso de Paula

Resumo

Introdução: A violência sempre esteve presente na história da humanidade e consiste no uso de poder ou força física contra si mesmo ou contra outros, ou grupos, que resulte em algum tipo de dano ou até em morte. **Objetivo:** O objetivo deste artigo é caracterizar o perfil epidemiológico da violência no estado de São Paulo e no Departamento Regional de Saúde II e comparar a incidência das notificações entre 2011 e 2021. **Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo com dados provenientes do DATASUS. Foram calculadas as frequências relativas das variáveis das vítimas e dos agressores. **Resultados:** Identificou-se que na região e no departamento estudados houve predomínio da violência física, com a maioria das vítimas pertencentes ao sexo feminino e à raça branca. Em geral, a agressão foi cometida pelo cônjuge, dentro da residência. No quesito faixa etária, houve diferença entre estado e DRS II, com preponderância das idades entre 15 a 29 anos e 30 a 59 anos, respectivamente. Nas variáveis escolaridade da vítima e ciclo de vida do autor, observou-se que a maior porcentagem das fichas se enquadraram na categoria branco/ignorado/não se aplica. **Conclusão:** Ao comparar a incidência das notificações de violência entre ambos, concluiu-se que não houve diferença significativa ($p > 0,05$). A caracterização do perfil epidemiológico é essencial para o combate à violência, pois possibilita a implementação de políticas públicas, bem como a identificação de fragilidades relacionadas ao preenchimento da ficha de notificação individual.

Palavras-chave: comportamento agressivo, promoção de saúde, saúde pública, vigilância epidemiológica, violência e saúde.

Abstract

Introduction: Violence has always been present in history and consists of the use of power or physical force against oneself or against others, or groups, resulting in some kind of harm or even death. **Objective:** The objective of this article is to characterize the epidemiological profile of violence in the state of São Paulo and in the DRS II region and compare the incidence of notifications between 2011 and 2021. **Methods:** This is a retrospective longitudinal study using data from DATASUS. The relative frequencies of victim and aggressor variables were calculated. **Results:** It was identified that in both regions studied, physical violence predominated, with the majority of victims being female and white. In general, the aggression occurred within the home by the spouse. There was a difference in age group between the state and DRS II, with predominance of ages between 15 to 29 years and 30 to 59 years, respectively. In terms of victim's education level and author's life cycle variables, the highest percentage of records fell into the category of white/unknown/not applicable. **Conclusion:** When comparing the incidence of violence notifications between both regions, it was concluded that there was no significant difference ($p > 0.05$). Characterizing the epidemiological profile is essential to combat violence, as it enables the creation of public policies, as well as identifying weaknesses related to the completion of the Individual Notification Form.

Keywords: aggressive behavior, health promotion, public health, epidemiological surveillance, violence and health.

Introdução

A violência sempre se manteve presente na história desde a Antiguidade. Contudo, assume determinada forma conforme o espaço-tempo conferindo-lhe certa polissemia de acordo com a sociedade que a rege.¹

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), conceitua-se violência o uso de poder ou força física, em ameaça ou ação, contra si, outro indivíduo ou contra um grupo ou coletivos maiores que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.²

De modo global, a violência constitui uma das principais causas de óbito entre pessoas de 15 a 44 anos.³ Os fatores mais relacionados como causa são: sexualidade, gênero, renda, relacionamento amoroso e atos ilícitos.⁴

Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde apresentou a resolução WHA49.25, em que demonstrava a violência como um significativo e ascendente obstáculo de saúde pública. Além disso, a OMS classificou os diferentes tipos de violência e seus elos em comum caracterizando-a, de acordo com o agente que a pratica, em: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva. Todos os tipos de violência citados são cometidos principalmente no contexto doméstico e/ou familiar, com predominância em certos grupos, como mulheres, crianças e idosos, apesar desse tipo de violência não ser exclusivo de determinada faixa etária ou classe social.⁵

De acordo com a literatura sobre o tema, indivíduos do sexo feminino têm sido as principais vítimas de violência doméstica, independentemente de condição social, idade e cultura na qual os indivíduos do sexo feminino estão entremeados.³ Integram-se como fatores predisponentes para sua prática a desigualdade entre os gêneros e a dependência financeira.⁶ Uma de cada três mulheres em idade fértil sofreu violência física ou sexual por um parceiro e mais de um terço dos homicídios é cometido por parceiros íntimos.^{7,8}

Crianças menores de um ano sofrem mais com a violência do tipo física e negligência, devido à dependência de terceiros e a episódios repetidos de irritabilidade. Crianças maiores de um ano são mais expostas à violência física e sexual; já nos adolescentes e adultos, há o predomínio da violência psicológica, seguida da física e sexual.⁴ Em relação aos homens, as causas externas, como crimes e conflitos armados, representam o principal fator de morte relacionado à violência nesse grupo.⁹

Segundo um estudo realizado na cidade de Aracaju-SE, em relação às características das pessoas de 60 anos ou mais, as mulheres foram as principais vítimas das agressões, fato que confirma os resultados de pesquisas realizadas em âmbito nacional acerca da violência atrelada à questão de gênero.¹⁰

Dados indicam que as vítimas de violência doméstica e sexual, durante toda a sua vida, quando comparadas às pessoas que não sofreram tais abusos, usam muito mais o serviço de saúde, com acréscimo relativo dos gastos do tratamento e maior constância na realização das consultas referentes aos atendimentos de emergência. Dessa forma, eleva-se a despesa anual dos tratamentos em saúde.¹¹

A violência é responsável por gerar consequências que intensificam os custos necessários a serem providos pelo Estado. Os efeitos incluem transtorno depressivo maior, etilismo e abuso de substâncias ilícitas, gravidez não planejada, vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV/Aids) e outras infecções sexualmente transmissíveis.¹¹

A subnotificação da violência e as dificuldades encontradas para coletar e analisar os dados referentes a ela também são obstáculos que atrapalham o combate a esse problema de saúde pública.² Diversos fatores podem ser citados como causas da subnotificação, desde aspectos individuais, como a falta de capacitação dos profissionais e as intimidações recebidas por eles, até questões estruturais, como a atuação falha dos órgãos responsáveis pelas notificações.⁹

Ao traçar o perfil epidemiológico, é possível ampliar a literatura científica relacionada à violência, avaliar os fatores que acarretam a perpetuação dos problemas citados e, a partir disso, elaborar políticas públicas que visem ao enfrentamento de tal problemática, pouco explorada no território brasileiro, inclusive na região do Departamento Regional de Saúde II (DRS II), área analisada neste estudo. Vale salientar que o estado de São Paulo é composto de 645 municípios, dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e, de acordo com a Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, a região que corresponde ao DRS de Araçatuba possui 40 municípios e um total de 728.000 habitantes.

A escolha da região motivou-se pela demanda dos gestores municipais nas reuniões de colegiado, haja vista a necessidade de implantação de uma linha de cuidado acerca da violência e a carência de dados para a definição do perfil epidemiológico da área explorada.

Nesse sentido, o presente trabalho objetivou traçar o perfil epidemiológico das violências ocorridas no estado de São Paulo e no Departamento Regional de Saúde II – Araçatuba-SP, além de comparar a incidência das notificações entre o estado e o DRS II no período de 2011 a 2021.

Métodos

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, longitudinal retrospectivo, com abordagem quantitativa analítica dos casos registrados de violência no banco de dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS),¹² o qual carrega informações consolidadas do Sistema de Informações de Agravos de

Notificações (Sinan Net) a partir do Sinan local das áreas adstritas aos Departamentos Regionais de Saúde. A base de critérios utilizados pertence à ficha de notificação individual (FNI) do Sinan. As variáveis selecionadas para caracterizar o perfil epidemiológico foram: tipo de violência conforme a natureza, sexo, faixa etária, raça, escolaridade, local de ocorrência, violência de repetição, ciclo de vida do autor, autor da violência e suspeita de uso de álcool. Houve reagrupamento da variável idade das vítimas para melhor visualização gráfica em: 0-4 anos, 5-14 anos, 15-29 anos, 30-59 anos e 60 anos e mais. As fichas que permaneceram em branco e as opções assinaladas como "ignorado" e "não se aplica" nas variáveis analisadas também foram reagrupadas para melhor contextualização. Além disso, na FNI é possível assinalar mais de uma opção na variável "tipos de violência conforme a natureza" e "autor da violência". Dessa forma, os dados de tais variáveis resultam em um número maior do que o número amostral utilizado. Para o cálculo da incidência das notificações do estado de São Paulo e do DRS II, utilizou-se a estimativa populacional ano a ano entre 2011 e 2021, presente no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹³ Foram analisadas 637.871 notificações de violência no estado de São Paulo e 11.087 no DRS II.

Para a comparação da incidência de notificações de violência entre o estado de São Paulo e o DRS II foi aplicado o teste Shapiro-Wilk, com posterior análise pelo teste t de Student assumindo nível de significância de 95%, por intermédio do programa BioEstat 5.0. Para o cálculo da incidência das notificações do estado de São Paulo, não foram excluídas as notificações do DRS II do total do estado.

Resultados

Dentre as 637.871 notificações de violência do estado de São Paulo no período de 2011 a 2021, observou-se que a violência do tipo física, correspondente a 67,19%, foi a mais prevalente ([Tabela 1](#)).

Tabela 1. Distribuição dos tipos de violência conforme a frequência no estado de São Paulo e no Departamento Regional de Saúde II durante o período de 2011 a 2021. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Variáveis		Frequência no estado de São Paulo (%)	Frequência no Departamento Regional de Saúde II (%)
Tipo de violência	Física	67,19	83,14
	Psicológica/moral	22,54	26,3
	Tortura	2,11	3,96
	Sexual	10,07	5,13
	Tráfico de seres humanos	0,05	0,07
	Financeira e econômica	1,16	0,47
	Negligência/abandono	6,44	0,81
	Trabalho infantil	0,32	0,05
	Intervenção legal	0,19	0,1
	Outras	14,62	12,1

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Além disso, as mulheres foram as principais vítimas, contabilizando 71,47% do total. Quanto à faixa etária, indivíduos entre 15 e 29 anos representaram 37,83% dos casos. Em relação à variável raça, os brancos representaram mais da metade das fichas (52,61%). Ao excluir a categoria ignorado/branco/não se aplica da variável escolaridade (41,39%), a maior parte das vítimas tem ensino médio completo (16,81%). A residência foi o principal local de ocorrência das agressões, 64,73% dos casos. Ademais, no período analisado, a violência de repetição esteve presente em 37,33% do total de fichas preenchidas ([Tabela 2](#)).

Tabela 2. Características das vítimas de violência conforme a frequência no estado de São Paulo e no Departamento Regional de Saúde II durante o período de 2011 a 2021. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

	Variáveis	Frequência no estado de São Paulo (%)	Frequência no Departamento Regional de Saúde II (%)
Sexo	Masculino	28,47	25,63
	Feminino	71,47	74,36
	Ignorado	0,06	0,01
Faixa etária	0-4 anos	6,69	2,9
	5-14 anos	12,65	8,33
	15-29 anos	37,83	40,43
	30-59 anos	37,07	43,03
	60 ou mais	5,64	5,24
	Ignorado/branco	0,11	0,07
Raça	Branca	52,61	58,68
	Preta	7,47	4,64
	Amarela	0,56	0,5
	Parda	28,5	28,8
	Indígena	0,27	0,08
	Ignorado/branco	10,59	7,31
Escolaridade	Analfabeto	0,66	0,63
	1a a 4a série incompleta do EF	5,14	5,23
	4a série completa do EF	2,84	3,06
	5a a 8a série incompleta do EF	11,49	13,14
	Ensino fundamental completo	6,33	6,02
	Ensino médio incompleto	9,79	11,41
	Ensino médio completo	16,81	17,32
	Educação superior incompleta	2,56	2,96
	Educação superior completa	2,98	3,31
Ignorado/Branco/Não se aplica	41,39	36,93	
Local de ocorrência da violência	Residência	64,73	72,94
	Habitação coletiva	1,05	0,43
	Escola	1,91	1,62
	Local de prática esportiva	0,25	0,33
	Bar ou similar	1,58	2,25
	Via pública	13,96	12,19
	Comércio/serviço	1,66	1,44
	Indústrias/construções	0,14	0,28
	Outros	4,95	4,21
	Ignorado/branco	9,76	4,28
Violência de repetição	Sim	37,33	39,49
	Não	37,8	46,87
	Ignorado/branco	24,87	13,65

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Em relação ao perfil do agressor, na variável ciclo de vida do autor, a maioria enquadrou-se na categoria "pessoa adulta" (23,93%), ao excluir a opção ignorado/branco (63,43%). Ao desconsiderar os casos de violência autoprovocada (22,60%), o cônjuge foi o principal autor, com 15,84% da totalidade de notificações. Por fim, a suspeita de uso de álcool pelo agente da violência esteve presente em 23,83% dos casos (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do autor da violência no estado de São Paulo e no Departamento Regional de Saúde II durante o período de 2011 a 2021. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

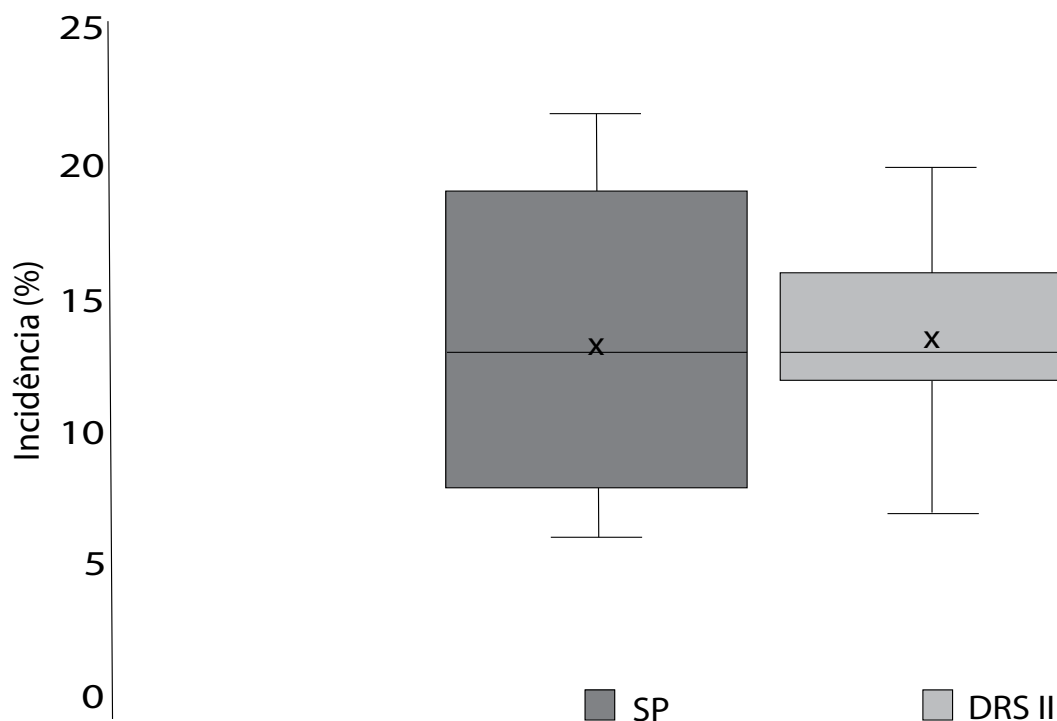
Variáveis		Frequência no estado de São Paulo (%)	Frequência no Departamento Regional de Saúde II (%)
Ciclo de vida do autor	Criança	0,66	0,66
	Adolescente	5,43	5,75
	Jovem	5,55	7,06
	Pessoa adulta	23,93	25,34
	Pessoa idosa	1	1,06
	Ignorado/Branco	63,43	60,13
Autor da violência	Pai	6	2,67
	Mãe	6,74	2,33
	Padrasto	1,94	1,48
	Madrasta	0,26	0,22
	Cônjuge	15,84	17,22
	Ex-cônjuge	6,48	6,25
	Filho(a)	3,22	2,82
	Irmão(ã)	3,47	2,78
	Amigos/conhecidos	10,51	10,17
	Desconhecido(a)	9,67	8,13
	Cuidador(a)	0,36	0,14
	Patrão/chefe	0,24	0,21
	Pessoa com relação instável	0,71	0,54
	Policial/agente da lei	0,79	0,62
	Própria pessoa	22,6	28,96
	Outros vínculos	7,67	6,3
Suspeita de uso de álcool	Sim	23,83	28,6
	Não	42,31	45,16
	Ignorado/branco	33,87	26,24

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Em relação ao perfil epidemiológico da violência no DRS II durante o período analisado, foram registradas 11.087 notificações, das quais 83,14% representaram violência do tipo física ([Tabela 1](#)). As mulheres foram as mais acometidas, com 74,36% dos casos notificados. Acerca da faixa etária, as principais vítimas enquadraram-se entre 30 a 59 anos, com 43,03% dos casos; a principal raça afetada foi a branca, responsável por 58,68% das fichas preenchidas. Quanto à variável "escolaridade", as vítimas com ensino médio completo contabilizaram 17,32% das notificações, entretanto 36,93% das fichas enquadraram-se na categoria branco/ignorado/não se aplica. A residência correspondeu ao principal local de ocorrência, contabilizando 72,94% do total dos casos notificados. Além disso, dos 11.087 casos, 39,49% corresponderam a agressões de repetição ([Tabela 2](#)). Considerando o perfil do agressor, em relação à variável "ciclo de vida do autor", os responsáveis, em sua maioria, foram adultos (25,34%), eximindo-se a opção ignorado/branco (60,13%). A respeito da variável "autor da violência", os cônjuges contabilizaram 17,22%, sem considerar a violência cometida pela própria pessoa, que correspondeu a 28,96% das fichas. A suspeita de uso de álcool esteve presente em 28,60% do total de notificações ([Tabela 3](#)).

Ao comparar as notificações de violência entre o estado de São Paulo e o DRS II, não foram observadas diferenças significativas ($p > 0,05$) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Média e desvio padrão da incidência (%) das notificações de violência no Estado de São Paulo e no Departamento Regional de Saúde II (DRSII) durante o período de 2011 a 2021. Erro padrão - SP:1,62 e DRSII: 1,06. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).



Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Discussão

O presente estudo analisou 637.871 notificações de violência do estado de São Paulo e 11.087 notificações do DRS II entre o período de 2011 a 2021. Em ambas as localidades a principal violência foi enquadrada no tipo física, dado que corrobora um estudo realizado no estado do Mato Grosso do Sul,¹⁴ onde foram analisadas 9.950 notificações de 2009 a 2018, das quais 91,8% também corresponderam à violência física. Ambos resultados ratificam outro estudo, realizado no município de Barbacena-MG entre 2013 e 2016, com 81,4% das notificações chegando à mesma conclusão.¹⁵ A repetição desse resultado em três estados diferentes sugere um padrão nacional, em que a violência física tende a predominar perante os demais tipos de violência.

Quanto às características das vítimas, houve predomínio do sexo feminino e raça branca, como Acosta *et al.*¹⁶ demonstrou em 2013 em um estudo que analisou 902 ocorrências policiais no município do Rio Grande – RS e encontrou resultados semelhantes. Em contrapartida, outro estudo, realizado em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com uma amostra de 88.531 indivíduos elegíveis a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), constatou que a maior parte das vítimas foi de mulheres autodeclaradas pretas e pardas.¹⁷ Essa divergência pode ser explicada, a princípio, pelo fato de o estudo de Acosta *et al.*¹⁶ ter sido realizado em um município do Rio Grande do Sul, cuja população é predominantemente branca.¹⁸ Ademais, os estudos contaram com metodologias distintas: no presente estudo e no restrito à região sul¹⁶ os dados foram coletados, respectivamente, por intermédio da FNI e de ocorrências policiais, o que obriga a vítima a comparecer ao serviço capacitado. Em contrapartida, a PNS realizada pelo estudo do IBGE consiste em uma entrevista realizada por meio de dispositivos móveis de coleta, como *smartphones*, portanto acessa de forma mais abrangente a população geral, o que permite traçar um perfil mais fidedigno quanto à raça das vítimas de violência.

No Brasil, a raça ou cor da pele constitui um marcador de desvantagem social, pois pessoas negras têm pior nível de saúde, educação e renda.¹⁹ Segundo o Atlas da Violência de 2021, em 2019 66% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Em termos relativos, a taxa de homicídios em mulheres não negras foi de 2,5, enquanto nas mulheres negras foi de 4,1. Isso significa que o risco relativo de uma mulher negra ser vítima de homicídio é cerca de 1,7 vez maior.²⁰ Nessa perspectiva, um estudo ecológico concluiu que a violência por parceiro íntimo (VPI) se associa a regiões com maior índice de homicídios masculinos e que mulheres negras têm o dobro de chance de morrer por violência, quando comparadas com mulheres brancas.²¹

Em relação à variável "escolaridade", não foi possível a caracterização do perfil devido à preponderância da categoria ignorado/branco/não se aplica, divergindo do estudo realizado em Barbacena-MG, em que 36,9% das vítimas estudaram por mais de 8 anos.¹⁵ Apesar disso, é relevante destacar que 36,5% das 7.627 notificações do estudo mencionado

anteriormente também se enquadram na categoria ignorado/branco, o que destaca a incompletude no preenchimento da FNI em ambos os estudos.

O principal local de ocorrência das agressões foi a residência, coincidindo com resultados encontrados por Santos e Carmo.¹⁴ Dessa forma, evidencia-se que a violência doméstica ainda é muito prevalente no Brasil e sua ocorrência representa não só um fenômeno social mas também um problema de saúde pública.¹⁹

Um estudo realizado na Turquia com uma amostra composta exclusivamente de idosos constatou que a maior parte dos casos teve recorrência da violência,²² assim como a pesquisa de Santos *et al.*,¹⁴ com amostra restrita a mulheres. O presente estudo, no entanto, demonstrou resultado divergente das pesquisas citadas. No estado de São Paulo, a diferença entre os casos de violência de repetição e os de não repetição foi de 0,47% e no DRS II foi de 7,38%; em ambas não houve predomínio da violência de repetição. Entretanto, a porcentagem das fichas enquadradas como ignorado/branco poderia alterar esse resultado e é mais uma variável comprometida pelo preenchimento incompleto da FNI.

Ainda em relação ao perfil da vítima, a única variável que divergiu entre o estado de São Paulo e o DRS II foi a faixa etária, com predomínio de 15 a 29 anos e 30 a 59 anos, respectivamente. Contudo, a diferença percentual entre essas duas categorias foi de 0,76% no estado de São Paulo e 3,40% no DRS II, evidenciando que a violência se estende da adolescência ao final da fase adulta. Observa-se, dessa forma, que no processo dinâmico da violência, fatores sociais, econômicos, políticos e culturais influenciam na perpetuação desse fenômeno em diferentes faixas etárias.²³

No que diz respeito à caracterização do perfil do autor da violência, tanto no estado como no DRS II, a maioria das fichas foi categorizada como ignorado/branco na variável "ciclo de vida do autor", evidenciando a constante incompletude e a parcialidade das informações públicas,²⁰ fato que não permite refletir a realidade do perfil do agressor.

O principal autor da violência foi o cônjuge, em ambas as localidades analisadas. O resultado foi o mesmo em vários outros estudos.^{14,17,24} Segundo dados, uma em cada três mulheres no mundo vai ser violentada física ou sexualmente pelo parceiro ou sexualmente por outra pessoa no percurso da vida. Em concordância com isso, em 749.024 atendimentos da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), 72% dos casos de violência contra mulheres foram cometidos por homens com quem as vítimas possuíam algum vínculo afetivo, como ex-companheiros, cônjuges, namorados ou amantes.²⁴

Em relação à variável "suspeita de uso de álcool", na maior parte dos casos, o ofensor não fez uso da substância. Resultado similar foi encontrado no estudo de Piovezan *et al.*¹⁵ Contudo, foi encontrada uma taxa mais alarmante, de 39,8%, na pesquisa de Lawrenz *et al.*,²⁴ a qual evidenciou a importância de considerar o uso de bebida alcoólica pelo agressor na elaboração de medidas públicas de prevenção. Dentro desse mesmo contexto, em eventos

de VPI, por mais que a maior parte dos casos ocorra na residência da vítima, observou-se que, no plano bidimensional, a violência física geralmente ocorre em fins de semana, no período noturno, fora da residência da vítima, com o parceiro sob efeito de álcool.¹⁴

No estudo ecológico de Smith *et al.*,²⁵ que dividiu a VPI em VPI de perpetração (VPIPerp) e VPI de perpetração clinicamente significativo (VPIPerp-CS) em uma grande amostra de homens e mulheres, foi evidenciado que as intervenções para VPIPerp-CS, sobretudo direcionada aos homens com mandado judicial, geralmente não têm sido eficazes. Em contraste, observaram-se achados significativos para intervenções em mulheres em risco e para a prevenção primária de perpetração de VPI. Isso significa que, em relação a VPIPerp, a prevenção é mais eficiente do que o tratamento, principalmente com medidas direcionadas entre adolescentes em relacionamentos no estágio de namoro. Ainda de acordo com o autor, normalmente os esforços voltados para fatores não modificáveis, como traços de personalidade impulsiva, aspectos socioeconômicos e história de abuso na família, não possuem impactos significativos. Um dos focos de intervenção primordial é o uso de álcool, que opera de maneira complexa e representa risco aumentado para a perpetração de violência, mesmo nos casos em que o homem não possui transtorno de personalidade antissocial. Ademais, o uso de álcool atua como agente intermediário para a evolução dos casos de VPIPerp para VPIPerp-CS, representando um *continuum* de gravidade.

Quando realizado o cálculo da incidência de notificações de violência do estado de São Paulo, excluindo as notificações do DRS II do total do estado (dados não postados), e, posteriormente, incluindo a incidência no cálculo, o resultado não demonstrou diferença significativa quando comparada às notificações do DRS II isoladamente, mostrando que ambos seguem o mesmo padrão de incidência. Além disso, em relação às duas áreas estudadas, entre 2011 e 2016, o DRS II apresentou maior valor percentil de incidência nos casos de violência em relação ao estado. Contudo, nos anos subsequentes, o estado de São Paulo teve maior incidência quando comparado ao DRS II, se analisados anualmente, salvo em 2018.

Vale salientar ainda que, durante o período da pandemia da Covid-19, com início, no Brasil, em 2020, os números diminuíram gradativamente nas duas localidades. Em contraste, o Fundo de População das Nações Unidas previu um aumento de 20% nos casos de VPI durante os bloqueios pandêmicos, enquanto no Brasil os dados do Disque 180 do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos evidenciaram acréscimo de 17% no número de ligações ao início das medidas restritivas.²⁶ Uma possível explicação para essa dissonância se daria pelo formato da informação, uma vez que o preenchimento das fichas poderia ter seu número reduzido pelo acesso restrito da vítima ao serviço de saúde, intensificando a subnotificação.²⁷

Observou-se que muitas variáveis essenciais para a caracterização do perfil epidemiológico permaneceram sem preenchimento adequado, o que impossibilita identificação assertiva do cenário da violência, como foi demonstrado nas variáveis

"escolaridade" e "violência de repetição", em que as alternativas ignorado/branco foram as de maior número. Apesar desse feito não se repetir nas demais variáveis, seu grande número demonstra a fragilidade da consistência dos dados.

Esse obstáculo é causado pela possibilidade de inserir dados incompletos no Sinan e demonstra a falta de conhecimento e/ou treinamento dos profissionais de saúde sobre a importância do correto preenchimento da ficha de notificação.²⁸

O Ministério da Saúde prevê a obrigatoriedade da notificação compulsória de doenças e agravos, incluindo os casos de violência, através da Portaria n. 104, com a premissa de reconhecer o perfil da violência e, posteriormente, fomentar a realização, monitorização e avaliação do desempenho de políticas públicas e medidas intervencionistas para a prevenção do problema.²⁹ Contudo, estudos sobre a qualidade dos registros de notificações compulsórias no Brasil demonstram certa heterogeneidade em relação à qualidade das informações obtidas por meio da FNI. Um estudo datado entre 2011 e 2014 que analisou dados secundários do Sinan, apresentando a média percentual de incompletude das variáveis da FNI, demonstrou que os blocos "notificação individual", "dados da pessoa atendida", "dados de residência", "tipo de violência" e "violência sexual" apresentaram qualidade regular, enquanto as variáveis dos blocos "autor da violência", "dados da ocorrência", "dados finais" e "encaminhamento" obtiveram classificação ruim. As variáveis menos subjetivas, como, por exemplo, "sexo" e "idade", apresentaram melhor qualidade do preenchimento. Tal achado pode ser explicado pelo fato de serem variáveis de rápido e fácil preenchimento. Outro aspecto importante a ser considerado é o constrangimento da vítima em relatar uma gestação, fruto de uma violência. Além disso, uma das variáveis que demonstraram pior preenchimento foi a "escolaridade",²⁸ assim como constatado no presente estudo.

Ademais, merecem destaque duas políticas intersetoriais do setor de saúde na prevenção da violência: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Política Nacional de Promoção de Saúde. Tendo-se em vista que a violência tem origem multicausal, faz-se relevante a existência de planos estaduais de segurança pública que distribuam de forma específica as responsabilidades pertinentes a cada setor, incluindo a participação do setor da saúde de forma ativa. Nesse sentido, um estudo qualitativo que analisou como material empírico os planos estaduais de segurança pública (PSP), atualmente implementados ou em fase de implementação, verificou que em determinados estados os planos ainda carecem de uma perspectiva intersetorial e estratégias preventivas, além do reconhecimento do papel do setor da saúde.³⁰

Conclusão

Observa-se que a alta incidência dos casos de violência, tanto em nível nacional quanto mundial, causa impactos significativos na qualidade de vida das pessoas e coletividades, por se tratar de um fenômeno social.¹⁴

Além do mais, a incompletude da capacitação técnica e científica sobre o assunto, a escassez de regulamentos que firmam os procedimentos técnicos, a ausência de proteção legal aos profissionais responsáveis por notificar, a falha na identificação do cenário suspeito e a quebra de sigilo profissional corroboram com a subnotificação dos casos de violência. Isso resulta na escassez de dados confiáveis para a promulgação de um protocolo efetivo, impossibilitando a construção de uma rede de controle a partir do âmbito municipal ou estadual em auxílio a outros órgãos pertinentes.²⁹

Tratando-se de prevenção, existem vários planos para o combate à violência, porém são pouco aplicáveis devido ao déficit de conhecimento, à insegurança por parte dos profissionais de saúde e a debilidades do próprio sistema. Dessa forma, para prevenir e combater a violência, sugere-se o treinamento da equipe de saúde para notificação e sensibilização, a fim de reconhecer a violência. Somado a isso, é preciso ampliar as pesquisas relacionadas à violência para compreender melhor o fenômeno e possibilitar a implementação de ações intersetoriais.¹⁰

Por fim, as limitações deste estudo devem-se, principalmente, ao fato de os eventos analisados basearem-se em dados secundários, não sendo possível garantir a padronização de preenchimento tampouco corrigir as falhas de registro. Além disso, por mais que a FNI tenha as variáveis "gestante", "orientação sexual", "identidade de gênero", "deficiência/transtorno", "motivação da violência", "procedimento realizado", "número de envolvidos", "sexo do provável autor da agressão" e "violência relacionada ao trabalho", os dados não são disponibilizados na plataforma do DATASUS, o que não permite uma avaliação íntegra do perfil epidemiológico da violência.

Agradecimentos

A todos os profissionais envolvidos nas diferentes etapas de desenvolvimento dos projetos de pesquisa e programas para a implantação do controle de qualidade interno para HIV e sífilis e da avaliação externa da qualidade para HIV no Instituto Adolfo Lutz.

Referências

1. Hayeck MC. Refletindo sobre a violência. Rev Bras Hist Ciências Sociais [Internet]. 2009 Jul [citado 2022 jan 3]; 1(1):[8 p.]. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10353/6700>
2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2006 [citado 2022 jan 3];11(2):1163-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdfhpcdw/abstract/?lang=pt>
3. Veloso MM, Magalhães CM, Dell'Aglío DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2013[citado 2022 jan 3];18(5):1263-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pSBjMW6YSvMqKKg/?format=pdf&lang=pt>
4. Silva GC, Nóbrega WF, Melo OM, Soares RS, Olinda RA, Cavalcanti AL, Cavalcanti SD. Distribuição espacial e perfil epidemiológico das notificações da violência contra a mulher em uma cidade do nordeste brasileiro. Arq Invest Saúde [Internet]. 2020[citado 2022 jan 3]; 8(10): 580-5. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3814>
5. Dossi AP, Saliba O, Garbin CA, Garbin AJ. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. Cad Saúde Pub [Internet]. 2008[citado 2022 jan 3]; 24(8):1939-52. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xss4Yj8PmvFX4SrVdmGNFwc/?lang=pt>
6. Cavalcanti GM, Amorim AV, Queiroz GS, Cruz NM, Costa RL, Bezerra KF. A violência contra a mulher no Sistema Único de Saúde. Rev Fun Care. 2020 Jan/Dez [citado 2022 jan 12];12:146-54. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047809>
7. Saliba O, Garbin CA, Garbin AJ, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública [Internet]. 2007[citado 2022 jan 10]; 41(3):472-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyyWBzvFJJyhnHqC4CcCRdn/abstract/?lang=pt>
8. Vieira PR, Garcia LP, Maciel EL. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2020 [citado 2022 jan 10]; 23: E200033 [5p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhqQyjtQM3hXRywsTn/?lang=pt>
9. Garcia LP, Freitas LR, Hofelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2013 [citado 2022 jan 10]. 22(3):383-94. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742013000300003&lng=pt&nrm=iso
10. Santos EM, Soares AC, Fonseca V, Oliveira LG. Perfil Epidemiológico da Violência contra o idoso no município de Aracaju. Interf Cient Humanas e Sociais [Internet] 2015 [citado 2022 abr 20];3(2): 109-20. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/1664>
11. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MH, Silva CM, Minayo MC. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados, e desafios futuros. The Lancet [Internet] 2011[citado 2022 Jan 12]; 5:75-89. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_5.pdf

12. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1991[citado 2022 fev 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro (RJ). 1988 [citado 2023 mai 1]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
14. Santos J, Carmo CN. Characteristics of intimate partner violence in Mato Grosso do Sul state, Brazil, 2009-2018 [cited 2023 Apr 19]. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2023. 32(1): E2022307 (17p.). Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/MqydQT5LsWGYJFzVMBQyFBy>
15. Piovezan LN, Diniz LO, Calmeto MN, Fontella RB, Ferreira RS, Vidal CE. Análise das fichas de notificação de violência emitidas por serviços de saúde da região de Barbacena. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2018 [citado 2023 maio 3]; 28 (Suppl 5): 9-16. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2430>
16. Acosta DF, Gomes VL, Barlem EL. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paulista Enfermagem* [Internet]. 2013[citado 2023 abr 23]; 26(6); 547-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Rskb4kPqDGtN6WYhcJLpKN/?lang=pt>
17. Mascarenhas MD, Melo AS, Rodrigues MT, Bahia CA, Lima CM, Corassa RB, Grassi AC, Silva HS, Anjos G. Prevalence of exposure to violence among adults – Brazil, 2019. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2021[cited 2023 Apr 26]; 24 (Suppl 2): E210019. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/8V6wFV8W3dZBtRjskMywDSP/>
18. Augustin, AC, Menezes DB, Oliveira LL, Agranonik M, Oliveira RC, Campelo RG. Panorama das desigualdades de raça/cor no RS [Internet]. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão; 202. [citado 2023 abr 26]. 84p. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/18175612-relatorio-tecnico-dee-panorama-das-desigualdades-de-raca-cor-no-rio-grande-do-sul.pdf>
19. Vasconcelos NM, Andrade FM, Gomes CS, Bernal RT, Malta DC. Violência física contra mulheres perpetrada por parceiro íntimo: análise do VIVA Inquérito 2017. *Cien Saude Col* [Internet]. 2022 [citado 2023 Mai 3]; 27(10):3993-4002. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2022.v27n10/3993-4002/>
20. Atlas da Violência [Internet]. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016. [Citado 2023 abr 17]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/20/atlas-da-violencia-2021>
21. Silva AF, Estrela FM, Magalhães JR, Gomes MD, Pereira A, Carneiro JB, Cruz MA, Costa DM. Elementos constitutivos da masculinidade ensinados/aprendidos na infância e adolescência de homens que estão sendo processados criminalmente por violência contra a mulher/parceira. *Ciêns Saúde Col* [Internet]. 2022 [citado 2023 maio 2]. 27(6):2123-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N5NZMqyRYxh763Fq3pPfgS/abstract/?lang=pt>
22. Ozturk YK, Duzenli E, Karaali C, Ozturk F. Physical violence among elderly: analysis of admissions to an emergency department. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* [Internet]. 2017 [cited 2023 May 3]; 23(1):56-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28261772/>
23. Minayo MC. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. *Rev Bras Ed Med* [Internet]. 2005[citado 2023 abr 30]; 29(1):55-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7CN4ptLymmRGFjgGW3FrCbs/?lang=pt>

24. Lawrenz P, Macedo DM, Hohendorff J, Freitas CP, Foschiera LM, Habigzang LF. Violence against Women: Notifications of Health Professionals in Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria Pesq* [Internet]. 2018[cited 2023 abr 19]; 34: E34428 (9 p). Available from: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/cKGvHBwnZBMFggSHYwGf4wL/abstract/?lang=pt>
25. Slep AM, Foran HM, Heyman RE. An ecological model of intimate partner violence perpetration at different levels of severity. *Rev Psic Familia* [Internet]. 2014[cited 2023 Apr 30]; 28(4):470-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25000132/>
26. Viero A, Barbara G, Montisci M, Kustermann K, Cattaneo C. Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. *Cien Foren Inter* [Internet]. 2021[cited 2023 mai 3]; 319: E110650. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33340849/>
27. Kourti A, Stavridou A, Panagouli E, Psaltopoulou T, Spiliopoulou C, Tsofia M, Sergentanis TN, Tsitsika A. Domestic Violence During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse* [Internet]. 2023[cited 2023 Apr 30]; 24(2):719-45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402325/>
28. Sousa CMS, Mascarenhas MD, Lima PV, Rodrigues MT. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. *Cad Saúde Col* [Internet]. 2020 [citado 2023 abr 30]; 28(4):477-87. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VXDRVF4cfrFKwk7rLNS3YTt/>
29. Garbin CA, Dias IA, Rovida TA, Garbin AJ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Cien Saúde Col* [Internet]. 2015 [citado 2023 abr 30]; 20(6):1879-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/abstract/?lang=pt>
30. Oliveira DC, Lico FM, Pereira HM, Regina FL, Peres MF. Intersetorialidade e saúde nas políticas estaduais de segurança pública e de prevenção à violência no Brasil. *Cen Saúde Col* [Internet]. 2022 [citado 2023 maio 1]; 27(4):1301-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CVXpTM4pSBMKJrj9wtXbM9L/>

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram com a elaboração do manuscrito, desde a coleta de dados no site, desenvolvimento de gráficos e tabelas, análise do material e escrita do manuscrito.

Preprint

O manuscrito não foi previamente publicado em servidores preprint.

Aprovação dos autores

Os autores participaram efetivamente do trabalho, aprovam a versão final do manuscrito para publicação e assumem total responsabilidade por todos os seus aspectos, garantindo que as informações sejam precisas e confiáveis.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse de natureza política, comercial e financeira no manuscrito.

Financiamento

Os autores declaram que não houve fontes de financiamento.