



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Dimensioning of violence: analysis of notification

Violência dimensionada: análise da notificação
Violencia escalada: análisis de notificaciones

Cléa Adas Saliba Garbin¹, Tânia Adas Saliba², Fernando Yamamoto Chiba³, Artênio José Ísper Garbin⁴

ABSTRACT

Objective: to perform an epidemiological survey of notifications of violence registered at the Regional Health Department of São Paulo, Brazil, an institution responsible for 40 municipalities in the northwest of São Paulo. **Methodology:** this is a cross-sectional study, with research in the Regional Health Department of São Paulo database, analyzing accident and violence notification forms, from 2013 to 2015. The study was approved by the Research Ethics Committee (Process n° 2007-01343). **Results:** of the 133,537 services identified, only 153 were recorded as violence; 53.3% of the victims were women; 45.1% from 20 to 34 years old; 48.7% white; 39.87% single; 52.94% of cases occurred in a residential environment; 47.71% of them between 18:01 and 24:00 hours; 91.5% of the occurrences were referred to police stations by professionals in the nursing field. A significant range of forms of violence, due to the professional's lack of preparation or lack of knowledge, is not properly registered, preventing the formulation of new policies to combat it. **Conclusion:** most reports of violence were from women, young, white and single victims; occurring in a residential environment at night; and referrals to police stations were made mainly by nursing technicians.

Descriptors: Violence. Public health. Epidemiology. Public Health Policies.

RESUMO

Objetivo: realizar um levantamento epidemiológico das notificações de violência registradas no Departamento Regional de Saúde de São Paulo, Brasil, instituição responsável por 40 municípios do noroeste paulista. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal, com pesquisa no banco de dados do Departamento Regional de Saúde de São Paulo, analisando fichas de notificação de acidentes e violências, no período de 2013 a 2015. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Processo n° 2007-01343). **Resultados:** dos 133.537 atendimentos identificados, somente 153 foram registrados como violência; sendo 53,3% das vítimas mulheres; 45,1% de 20 a 34 anos; 48,7% brancos; 39,87% solteiros; 52,94% dos casos ocorreram em ambiente residencial; 47,71% deles entre 18:01 e 24:00 horas; 91,5% das ocorrências foram encaminhadas para as delegacias por meio de profissionais da área da enfermagem. Uma gama significativa das formas de violência, por despreparo ou desconhecimento do profissional, não é devidamente registrada, impedindo a formulação de novas políticas para o seu combate. **Conclusão:** a maioria das notificações de violência eram de vítimas mulheres, jovens, brancas e solteiras; com ocorrência em ambiente residencial no período noturno; e os encaminhamentos para delegacias foram realizados principalmente por técnicos de enfermagem.

Descritores: Violência. Saúde Pública. Epidemiologia. Políticas Públicas de Saúde.

RESUMÉN

Objetivo: realizar una encuesta epidemiológica de notificaciones de violencia registradas en el Departamento Regional de Salud de São Paulo, Brasil, institución responsable de 40 municipios en el noroeste de São Paulo. **Metodología:** estudio transversal, con investigación en la base de datos Departamento Regional de Salud de São Paulo, que analiza los formularios de notificación de accidentes y violencia, de 2013 a 2015. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (Proceso n°2007-01343). **Resultados:** de los 133,537 servicios identificados, 153 fueron registrados como violencia; 53,3% de las víctimas eran mujeres; 45,1% de 20 a 34 años; 48,7% blanco; 39,87% soltero; 52,94% de los casos ocurrieron en un entorno residencial; 47,71% de ellos entre las 18:01-24:00 horas; 91,5% de los sucesos fueron remitidos a estaciones de policía por profesionales en el campo de enfermería. Una variedad significativa de formas de violencia, debido a la falta de preparación o falta de conocimiento del profesional, no se registra adecuadamente, lo que impide la formulación de nuevas políticas para combatirla. **Conclusión:** la mayoría de los informes de violencia fueron de mujeres, jóvenes, blancas, solteras; ocurriendo en ambiente residencial en la noche; y las referencias a las estaciones de policía fueron hechas principalmente por técnicos de enfermería.

Descriptores: Violencia. Salud Pública. Epidemiología. Políticas de Salud Pública.

¹Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia Legal e Deontologia pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Titular da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP). São Paulo - SP, Brasil. E-mail: clea.saliba-garbin@unesp.br

²Cirurgiã-dentista. Doutora em Radiologia Odontológica na área de Odontologia Legal e Deontologia pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Associada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP). São Paulo - SP, Brasil. E-mail: tania.saliba@unesp.br

³Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Professor Assistente da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP). São Paulo - SP, Brasil. E-mail: fernando.chiba@unesp.br

⁴Cirurgião-dentista. Doutor em Ortodontia pela Universidade Estadual de Campinas. Professor Associado da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP). São Paulo - SP, Brasil. E-mail: artenio.garbin@unesp.br

INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências correspondem às causas externas de morbidade e mortalidade que estão entre os principais problemas de saúde pública no Brasil devido à magnitude, aos custos que representam para a sociedade e aos impactos sociais e psicológicos nas vidas dos indivíduos e suas famílias. Esses agravos correspondem à terceira causa de óbito na população brasileira, e à primeira na faixa etária de 1 a 44 anos⁽¹⁾. Em 1999, o coeficiente de mortalidade por causas externas foi mais elevado nas regiões Sudeste (87,3 por 100.000 habitantes) e Centro-Oeste (80,2 por 100.000 habitantes) do país, entretanto, sabe-se que uma gama significativa dessas formas de violência não chega ao conhecimento institucional oficial, não havendo quaisquer informações sobre elas^(2,3). Mesmo diante de dados desconhecidos, os números gerados pelas causas externas são alarmantes e representam uma demanda crescente nos serviços de saúde, especialmente na emergência, a principal porta de entrada desses casos no setor⁽⁴⁾.

Encarada primariamente como questão social, a violência passa a despertar o interesse do setor de saúde pelo impacto que provoca na qualidade de vida, bem como pelas lesões físicas, psíquicas e morais que exigem atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares⁽⁵⁾. Deste modo, transferiu-se para a vigilância sanitária de saúde, o desafio de construir e consolidar outras formas de abordagem da atenção, da prevenção e promoção da saúde⁽⁵⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem priorizando a questão e tem desenvolvido ações específicas na área. Entre os pontos fundamentais e comuns destas ações estão: a monitorização da ocorrência dos acidentes e violências; o incentivo à realização de pesquisas para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde e a capacitação dos recursos humanos envolvidos no atendimento ao paciente violentado⁽⁶⁾. A preocupação com a formação profissional está atrelada ao fato de que muitos trabalhadores da área ainda têm sérias dificuldades para identificar este fenômeno e, na maioria dos casos em que se suspeita de violência, estes não são investigados. As causas desta “não percepção” devem-se, provavelmente, a várias circunstâncias como: despreparo, desinteresse, falta de tempo para escutar o paciente durante os atendimentos e ao fato de ater-se somente às lesões físicas⁽⁷⁾. Além disso, a maioria das disciplinas dos cursos na área da saúde não contempla em seus currículos a formação nos aspectos relacionados com a violência, e por isso seus egressos não se encontram preparados para oferecer uma atenção que seja efetiva à saúde das vítimas⁽⁷⁾. É possível detectar os casos de agressão, porém é necessária especificidade de abordagem e cuidados próprios para que a violência possa emergir como parte da demanda usual na saúde pública. Todo profissional de saúde precisa estar ciente e preparado para ajudar e desenvolver as atitudes necessárias com todas as vítimas de violência seja ela criança, adulta ou idosa⁽⁸⁾.

Em função do crescimento dos acidentes e das

violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles - têm sido desenvolvidas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos⁽⁶⁾. Além de obrigação moral, implícita nos Códigos de Ética das diversas profissões da saúde, a notificação compulsória dos casos de violência dispõe de fortes embasamentos legais⁽⁸⁾. No entanto, muito ainda há de ser feito para que os objetivos sejam alcançados. Nesse sentido, as universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas⁽⁶⁾. Compete também a estas instituições, a realização de estudos que permitam a adoção de medidas fundamentais para a atenção, a prevenção e a promoção de saúde.

É por meio da notificação que se cria o elo entre a área de saúde e o sistema legal, iniciando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da atuação, indispensável nesses casos, por possibilitar o dimensionamento epidemiológico da violência⁽⁹⁾. Se não há como deixar de considerar a violência como parte da realidade da vida e da saúde das populações, então é preciso enfrentar a necessidade de preparar profissionais de saúde para atuar na prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação das condições complexas de saúde^(10,11).

Na abordagem da violência pela Saúde Pública, é fundamental levantar o maior número possível de conhecimentos básicos de todos seus aspectos e unir, sistematicamente, dados sobre sua extensão, características e consequências em nível local, nacional e internacional⁽¹²⁾. Nesse sentido, são necessários esforços para qualificar a vigilância e realizar o monitoramento e análise da morbimortalidade por causas externas, o que se constitui em atividade imprescindível para o debate de políticas públicas que, de fato, contribuam para combatê-las.

O objetivo neste estudo foi realizar um levantamento epidemiológico das ocorrências e notificações de violência registradas no Departamento Regional de Saúde de São Paulo (DRSII/SP), instituição responsável por 40 municípios do noroeste paulista.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, no qual realizou-se a análise do banco de dados das fichas de notificação de acidentes e violências do DRSII/SP, no período de 2013 a 2015. Os municípios que compõem o DRSII/SP são Alto Alegre, Andradina, Araçatuba, Auriflora, Avandava, Barbosa, Bento de Abreu, Bilac, Birigui, Braúna, Brejo Alegre, Buritama, Castilho, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Guaraçai, Guararapes, Guzelândia, Ilha Solteira, Itapura, Lavínia, Lourdes, Luizânia,

Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Castilho, Nova Independência, Nova Luzitânia, Penápolis, Pereira Barreto, Piacatú, Rubiácea, Santo Antônio do Aracanguá, Santópolis do Aguapeí, Sud Mennucci, Suzanápolis, Turiúba e Valparaíso.

A amostra foi composta por todas as fichas de “Notificação compulsória de violências e acidentes” encaminhadas pelos profissionais ou serviços de saúde ao DRS-II, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Foram analisados dois modelos distintos de fichas, uma vez que a mesma sofreu alterações em seu formato durante o período analisado. Desta maneira, alguns dados como a descrição das lesões físicas foram apresentados somente a partir de 2014 (ficha atual), uma vez que esta descrição não consta nas fichas de 2013 (ficha anterior).

As variáveis analisadas foram os dados da ocorrência: local, horário da ocorrência, tipo de violência, meio de agressão, local das lesões, lesões resultantes e relação do agressor com a vítima; características sociodemográficas das vítimas: gênero, idade, cor da pele, estado civil e escolaridade; evolução e encaminhamento do caso: encaminhamento no setor de saúde e encaminhamento para outros setores; e características dos responsáveis pela notificação: gênero e função. Após a coleta dos dados, procedeu-se à digitação e análise dos mesmos com auxílio do software Epi Info 3.5.1. O estudo respeitou todos os princípios éticos previstos na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA/UNESP (Processo nº 2007-01343).

RESULTADOS

Dentre os 133.537 atendimentos registrados no banco de dados do DRSII-SP, no período de 2013 a 2015, somente 153 foram identificados como violência física, embora outros 161 apresentassem indicações de possíveis situações de violência no histórico da consulta. Foram descritos os resultados referentes as fichas mais antigas, utilizadas até 2013, e as fichas mais recentes (2014 a 2015), correspondentes à 48 e 105 fichas, respectivamente, totalizando 153 fichas de notificações de violências (Tabela 1).

Quanto às características sociodemográficas, observou-se que os adultos entre 20 a 34 anos representaram a maioria dos vitimados nos anos pesquisados, sendo mais de duas vezes o número de adolescentes. Em relação ao gênero, 53,3% são do gênero feminino e 45,7% do masculino. A respeito da cor da pele das vítimas, mais da metade delas foram declaradas brancas, seguidas pelas pardas. Em relação ao estado civil das vítimas, observou-se maior percentual de solteiros, sendo 42% em 2013 e 39% entre 2014 e 2015.

Conforme demonstrado na Tabela 2, verificou-se que apenas os municípios de Andradina, Barbosa, Braúna, Castilho e Penápolis realizaram a notificação da violência no período estudado. A violência dentro das residências predominou em 2013 (56%), com uma

pequena redução nos anos subsequentes (51%), em contraposição aos 19% e 33%, respectivamente, dos percentuais registrados para a violência cometida em via pública. No que se refere ao horário das ocorrências, o período noturno, entre 18:01 e 24:00 horas, representou 46% em 2013 e 49% nos anos 2014 e 2015. Em mais de 10% das notificações, considerando os três anos da pesquisa, a ocorrência foi referida como episódio isolado e com local ignorado, representando um percentual considerável dos registros (Tabela 2).

As agressões físicas representaram a maior parte das ocorrências violentas notificadas, sendo mais prevalente que os tipos associados de violência. Com relação ao meio de agressão, destaca-se a “força corporal”, o que ratifica a informação da prevalência de violência física. Em relação aos dados do agressor, os dados demonstram que a maior parte é composta por membros da família.

Em relação à evolução do caso, isto é, os procedimentos realizados, observou-se que 65,0% das vítimas receberam alta; 10,0% necessitaram de encaminhamento ambulatorial; 3,3% de encaminhamento hospitalar e em 21,7% dos casos esse item da ficha foi omitido. A tabela 3 ilustra o encaminhamento das vítimas para diversos setores, predominando as delegacias de polícia. Dentre os profissionais responsáveis pela notificação, 81,7% eram mulheres e 18,3% homens. A tabela 3 mostra a distribuição dos profissionais entre as categorias, com destaque para a função de técnico de enfermagem, responsável pela maior parte das notificações.

DISCUSSÃO

No presente estudo constatou-se deficiência quantitativa das notificações de violência, visto que dos 40 municípios pertencentes ao DRSII-SP, somente 5 apareceram como notificadores, e destes, apenas 2 realizavam o procedimento com regularidade. A maioria das vítimas eram mulheres, brancas, solteiras, adultas, com baixo nível de escolaridade; e as agressões se davam predominantemente por meio do uso da força corporal, em suas residências, no período noturno e a partir do cônjuge atual ou anterior.

Além da deficiência quantitativa das informações, verificou-se que a qualidade das mesmas era, em alguns casos, comprometida, em consequência da falta de consistência nos dados das notificações, como representado pela parcela de dados registrados como “ignorado” ou “não preenchido”. O mais preocupante é que muitos, senão a maior parte dos casos, pode não estar presente nas estatísticas oficiais; e sem dúvida este é um fator de fundamental importância, uma vez que o planejamento e a execução das políticas públicas podem ficar prejudicados.

Nesse contexto, evidencia-se a importância da caracterização apropriada dos vitimados para que a formulação de estratégias para o combate dos problemas de Saúde Pública possa basear-se nos dados sociodemográficos dos indivíduos, destacando-se o papel do atendimento emergencial das situações

de violência como importante indicador da ocorrência nas localidades⁽¹³⁾. Assim, considerando a melhoria da qualidade da informação como um elemento fundamental para otimizar os processos de tomada de decisão, a caracterização do perfil das pessoas vitimizadas e dos agressores por meio de

registros confiáveis e bem elaborados é uma importante ferramenta na elaboração de políticas públicas de enfrentamento da violência e promoção da saúde das populações de risco⁽³⁾.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das vítimas de violência. Departamento Regional de Saúde II, São Paulo, Brasil, 2013-2015.

Variáveis	2013		2014-2015	
	n	%	n	%
Faixa etária (anos)				
0 - 9	2	4.17	5	4.76
10 - 19	10	20.83	18	17.14
20 - 34	22	45.83	47	44.76
35 - 44	3	6.25	17	16.19
45 - 59	9	18.75	15	14.29
60 ou mais	2	4.17	3	2.86
Total	48	100.00	105	100.00
Cor da pele	n	%	n	%
Preto	6	12.50	5	4.76
Pardo	14	29.17	45	42.86
Amarelo	1	2.08	2	1.90
Branco	26	54.17	50	47.62
Outros	1	2.08	3	2.86
Total	48	100.00	105	100.00
Escolaridade	n	%	n	%
Analfabeto	4	8.33	12	11.43
Não se aplica	2	4.17	23	21.90
Fundamental Incompleto	19	39.58	38	36.19
Médio Incompleto	9	18.75	14	13.33
Superior Incompleto	7	14.58	3	2.86
Ignorado	7	14.58	15	14.29
Total	48	100.00	105	100.00
Estado civil	n	%	n	%
Solteiro	20	41.67	41	39.05
Casado	10	20.83	41	39.05
Viúvo	3	6.25	1	0.95
Separado	2	4.17	9	8.57
União consensual	3	6.25	4	3.81
Ignorado	10	20.83	9	8.57
Total	48	100.00	105	100.00

Fonte: própria do autor.

A violência praticada contra a mulher, principalmente no âmbito doméstico ou familiar, é evidenciada nos registros de óbitos de mulheres em todo o mundo, sendo alvo não apenas de políticas públicas, mas também de investigações e análises multidisciplinares, envolvendo os variados campos do conhecimento científico⁽¹⁴⁾. No Brasil, somente na última década foram assassinadas 43,5 mil mulheres, tornando o Brasil o sétimo país com o maior número de homicídios femininos, com uma taxa de 4,5 para cada 100 mil mulheres⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, a promulgação da Lei Maria da Penha foi um importante avanço em relação aos mecanismos de garantia de direitos e de responsabilização nos casos relativos à violência contra a mulher, entretanto, deve-se considerar que apenas o aspecto punitivo da legislação não é suficiente para solucionar os

conflitos existentes nos casos de violência contra a mulher e garantir sua integridade⁽¹⁶⁾. A violência conjugal é um problema de saúde pública que apresenta diversos fatores associados à sua ocorrência, tornando a sua resolução um processo complexo que pode incluir a avaliação dos transtornos da personalidade nos casais em situação de violência, de modo que este entendimento pode contribuir para o desenvolvimento e execução de intervenções eficazes⁽¹⁶⁾.

Similarmente aos achados do presente estudo, investigações sobre a relação entre violência doméstica e álcool identificaram que as principais vítimas são mulheres e crianças e que o agressor, geralmente, é o homem^(17,18). O tipo de violência mais frequentemente relatada é a física, com relevante proporção de violência sexual em casos que

envolvem crianças e adolescentes. Os fatores associados à violência doméstica são o consumo de álcool, baixo nível de escolaridade, pobreza e história familiar de violência⁽¹⁷⁾.

Tabela 2 - Características das ocorrências de violência. Departamento Regional de Saúde II, São Paulo, Brasil, 2013-2015.

Variáveis	2013		2014-2015	
Município	n	%	n	%
Andradina	2	4.17	2	1.90
Barbosa	26	54.17	60	57.14
Braúna	1	2.08	2	1.90
Castilho	2	4.17	3	2.86
Penápolis	17	35.42	38	36.19
Total	48	100.00	105	100.00
Local da ocorrência	n	%	n	%
Residência	27	56.25	54	51.43
Via pública	9	18.75	35	33.33
Ambiente de trabalho	1	2.08	2	1.90
Bar ou similar	2	4.17	6	5.71
Ignorado	9	18.75	8	7.62
Total	48	100.00	105	100.00
Horário da ocorrência	n	%	n	%
00:01 - 06:00	7	14.58	11	10.48
06:01 - 12:00	6	12.50	12	11.43
12:01 - 18:00	13	27.08	31	29.52
18:01 - 24:00	22	45.83	51	48.57
Total	48	100.00	105	100.00
Tipo de violência	n	%	n	%
Física	35	72.92	78	74.29
Sexual	5	10.42	26	24.76
Mais de um tipo	8	16.67	1	0.95
Total	48	100.00	105	100.00
Meio de agressão	n	%	n	%
Objeto contundente	4	8.33	2	1.90
Força corporal	28	58.33	75	71.43
Arma de fogo	1	2.08	1	0.95
Arma branca	3	6.25	1	0.95
Outros	3	6.25	3	2.86
Mais de um meio	7	14.58	20	19.05
Ignorado	2	4.17	3	2.86
Total	48	100.00	105	100.00
Relação do agressor com a vítima	n	%	n	%
Filho(a)	3	6.25	3	2.86
Padrasto	1	2.08	2	1.90
Ex-cônjuge	2	4.17	8	7.62
Cônjuge	9	18.75	30	28.57
Pai/Mãe	2	4.17	3	2.86
Outros familiares	5	10.42	6	5.71
Desconhecido	5	10.42	5	4.76
Amigo/conhecido	6	12.50	18	17.14
Não preenchido	2	4.17	3	2.86
Ignorado	13	27.08	27	25.71
Total	48	100.00	105	100.00

Fonte: própria do autor.

Tabela 3 - Evolução e encaminhamento das notificações de violência. Departamento Regional de Saúde II, São Paulo, Brasil, 2013-2015.

Variáveis	2013		2014-2015	
Encaminhamento	n	%	n	%
Delegacia da Criança e do Adolescente	1	2.08	2	1.90
Delegacia da Mulher	8	16.67	8	7.62
Outras delegacias	26	54.17	75	71.43
Outros	1	2.08	1	0.95
Mais de um	5	10.42	12	11.43
Nenhum	2	4.17	2	1.90
Não preenchido	5	10.42	5	4.76
Total	48	100.00	105	100.00
Profissional responsável	n	%	n	%
Enfermeiro	14	29.17	22	20.95
Médico	5	10.42	2	1.90
Não preenchido	4	8.33	2	1.90
Técnico de enfermagem	25	52.08	79	75.24
Total	48	100.00	105	100.00

Fonte: própria do autor.

No âmbito da Saúde Pública, há o reconhecimento das condições alarmantes da evolução da mortalidade proveniente de situações de violência contra populações vulneráveis, entretanto, isto expõe apenas o extremo da consequência da violência na sociedade; além disso devem ser considerado a onerosidade das suas demais consequências e sequelas, que envolvem custos familiares e gastos públicos com a recuperação da saúde, ampliando o escopo do problema⁽¹⁹⁾.

As consequências da violência refletem-se de modo evidente no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação da saúde, envolvendo uma gama de ações de equipes multiprofissionais, com atuação desde os exames até o acompanhamento contínuo de profissionais e uso de medicamentos, o que representa uso de recursos humanos e financeiros consideráveis ao Sistema de Saúde⁽³⁾. Também deve ser considerado que os óbitos, ferimentos, lesões, traumas físicos e emocionais causados por acidentes e violências geram elevados custos psicológicos e sociais, acarretando danos mentais e emocionais incalculáveis nas vítimas e em suas famílias⁽³⁾.

Neste estudo, verificou-se que os profissionais responsáveis pela grande maioria dos encaminhamentos das ocorrências de violência foram os técnicos de enfermagem e os enfermeiros. Nesse contexto, destaca-se a importância da capacitação da equipe de acolhimento e da qualidade do registro das informações obtidas no diagnóstico da vítima. É possível que muitas lesões provenientes de situações violentas sejam atribuídas a outras causas ou, quando relatadas pelos pacientes, não sejam devidamente especificadas pelo profissional como provenientes de agressão, limitando-se a termos superficiais como “trauma” ou “lesão”⁽¹³⁾. Assim, é importante considerar que a carência de detalhes na informação obtida no diagnóstico pode resultar na subestimação das ocorrências e comprometer o planejamento de estratégias efetivas devido à qualidade dos dados registrados, demonstrando a necessidade de

qualificação de todos os componentes do sistema de informações como ferramenta fundamental para geração de dados que avaliem constantemente a situação dos agravos violentos⁽¹⁴⁾.

Convém salientar que, para muitas vítimas, o atendimento emergencial pode ser a única oportunidade de estar diante de um profissional de saúde e, em determinadas condições, essa assistência a vítima representará uma das poucas chances em que a ocorrência poderá ser declarada e devidamente registrada, podendo resultar na quebra do ciclo da violência⁽²⁰⁾.

A análise dos registros de notificações de violência poderia ser incluída sistematicamente como parte das discussões e das políticas locais de enfrentamento para que possam desencadear intervenções efetivas contra situações de violência.

CONCLUSÃO

A maioria das notificações de violência eram de vítimas mulheres, jovens, brancas e solteiras; com ocorrência em ambiente residencial no período noturno; e os encaminhamentos para delegacias foram realizados principalmente por técnicos de enfermagem. Uma gama significativa das formas de violência, por despreparo ou desconhecimento do profissional, não é devidamente registrada, impedindo a formulação de novas políticas para o seu combate.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta Júnior FG. Violência - prevenção e controle no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 16: 5-6.
2. Moraes JR, Silva AAM, Lamy Filho F, Silva RA. Tendências da mortalidade por causas externas, em São Luís, MA, de 1980 a 1999. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6: 245-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000300008>

3. Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Hofner MC, Python NV, Martin E, Gervasoni JP, Graz B, Yersin B. Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emerg Med J* 2005; 22: 481-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/emj.2003.013979>
5. Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 646-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/01.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 936, de 16 de maio de 2001: Rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implementação de núcleos de prevenção da violência em estados e municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Garbin CAS, Garbin AJ, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 2567-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200007>
8. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 2007; 41: 472-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>
9. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20: 1879-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>
10. Lima LAA, Oliveira JC, Cavalcante FA, Santos WSV, Silva Júnior FJG, Monteiro CFS. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Enferm UFPI* 2017;6(2): 65-8. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i2.5783>
11. Bonfim EG. A formação da enfermeira para o enfrentamento às situações de violência. *Rev Enferm UFPI* 2015;4(3): 1-3. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i3.4710>
12. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP. 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* 2009; 18: 17-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100003>
13. Garbin CAS, Queiroz APDG, Rovida TAS, Garbin AJI. Divergências entre histórico da consulta e diagnóstico médico de agressões físicas registradas nos prontuários de uma unidade de urgência e emergência. *Physis* 2013; 23: 951-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300015>
14. Oliveira CAB, Alencar LN, Cardena RR, Moreira KFA, Pereira PPS, Fernandes DER. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia - Brasil *Rev Cuid* 2019; 10: e573. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.573>
15. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Caderno complementar 1: homicídios de mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.
16. Madalena MBA, Falcke D, Carvalho LF. Violência conjugal e funcionamentos patológicos da personalidade. *Arq Bras Psicol* 2015; 67: 122-39. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v67n2/10.pdf>
17. Martins AG, Nascimento ARA. Violência doméstica, álcool e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. *Arq Bras Psicol* 2017; 69: 107-21. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v69n1/09.pdf>
18. Siqueira VB, Andrade RB, Guimarães OD. Associação entre o uso de álcool e outras drogas com a violência de gênero. *Rev Enferm UFPI* 2013; 2(5):49-54. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v2i5.1265>
19. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11: 1163-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>
20. Guimarães RCS, Soares MCS, Santos RC, Moura JP, Freire TVV, Dias MD. Impact on the self-esteem of women in situations of domestic violence attended in Campina Grande, Brazil. *Rev Cuid* 2018; 9: 1988-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.438>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2020/06/29

Accepted: 2020/07/10

Publishing: 2020/09/14

Corresponding Address

Fernando Yamamoto Chiba

Endereço: Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba, São Paulo, Brasil. R. José Bonifácio, 1193, CEP: 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil.

Contatos: : (+55) 18 3636 3249. FAX: (+55) 18 3636 3233. E-mail: fernando.chiba@unesp.br UNESP - Universidade Estadual Paulista

Como citar este artigo (Vancouver):

Garbin CAS, Saliba TA, Chiba FY, Garbin AJI. Violência dimensionada: análise da notificação. *Rev Enferm UFPI [Internet]* 2020 [acesso em: dia mês abreviado ano];9:e10791. doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.10791>

