

## NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA NA XII REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

### NOTIFICATIONS OF INTERPERSONAL / SELF-INFLICTED VIOLENCE AT THE XII REGIONAL HEALTH OF PERNAMBUCO

Cilânea dos Santos COSTA\* 

José Lancart de LIMA \*\* 

José André de Melo WANDERLEY \*\*\* 

**Resumo:** O estudo teve objetivo descrever o perfil dos casos de notificação de violência interpessoal e autoprovocada na XII Regional de Saúde de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de prevalência com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no TABNET/DATASUS considerando o período de 2014 a 2018. Os resultados mostram a figura feminina de 20 a 29 anos como principal vítima de violências, o âmbito doméstico local majoritário das violências, principalmente, dentro das relações familiares e afetivas. Já o sexo masculino, os jovens de 15 a 19 anos são os mais acometidos e no espaço público predomina as violências sendo os perpetradores desconhecidos. Em ambos os sexos não houve relevantes disparidades nos critérios de escolaridade, raça e tipo de violência, predominou a violência física, psicológica e autoprovocada, as vítimas foram pessoas pardas com o ensino fundamental incompleto. Espera-se que a pesquisa contribua para visualizar como as violências se expressam no território.

**Palavras-chave:** Violência. Vigilância Epidemiológica. Notificação.

**Abstract:** The study aimed to describe the profile of cases of notification of interpersonal and self-harm in the XII Regional Health of Pernambuco. This is a descriptive, prevalent study with a quantitative approach. The data were collected in TABNET / DATASUS considering the period from 2014 to 2018. The results show the female figure from 20 to 29 years old as the main victim of violence, the majority domestic domestic scope of violence, mainly within family and emotional relationships. As for the male sex, young people aged 15 to 19 years are the most affected and in the public space violence predominates, with unknown perpetrators. In both sexes, there were no relevant disparities in the criteria of education, race and type of violence, physical, psychological and self-inflicted violence prevailed, the victims were brown people with incomplete primary education. It is hoped that the research will contribute to visualize how violence is expressed in the territory.

**Keywords:** Violence. Epidemiological monitoring. Notification.

Submetido em 29/06/2021. Aceito em 05/05/2022.

\*Assistente Social graduada pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Especialista em Gestão Pública (UEPB), Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE. E-mail: [cilanea.costa@hotmail.com](mailto:cilanea.costa@hotmail.com)

\*\* Mestre em Saúde Coletiva (PPGSC-UFPE), atualmente é Analista em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Docente na Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [jlancart@gmail.com](mailto:jlancart@gmail.com)

\*\*\* Licenciatura plena em ciências biológicas pela Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO), Pós graduado em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO), atualmente é Apoiador de Vigilância em Saúde na XII Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco e Coordenador de Vigilância Epidemiológica no Município de Igarassu – PE. E-mail: [ja\\_wanderley@yahoo.com.br](mailto:ja_wanderley@yahoo.com.br)



## **INTRODUÇÃO**

O debate sobre a violência é multidimensional, multifacetado e perpassa todos os campos do saber, uma preocupação global, pois está imbricada em fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e religiosos (MINAYO, 2007). Traz rebatimentos em todas as esferas da vida em sociedade. Diante disso, o estudo em questão tomou como recorte a área da saúde e suas características no contexto da XII Regional de saúde de Pernambuco, voltou-se então para a violência interpessoal e autoprovocada, compreendida essa como um problema que perpassa toda a vida de uma pessoa. A violência interpessoal comumente “ocorre entre membros de uma família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e estranhos, que inclui maus-tratos à criança, violência juvenil, violência praticada por parceiro íntimo, violência sexual e abuso de idosos” (OMS, 2014, p.09). Já a violência autoprovocada diz respeito ao ato que gere dano contra si próprio, entra no rol as automutilações, as tentativas, as ideações suicidas (NJAINÉ, 2007).

Para efeito de apresentação este trabalho se estrutura em três itens e considerações finais. No primeiro item discorremos acerca da conjuntura da violência no país traçando um breve panorama sobre a epidemiologia da violência e suas raízes sócio - históricas, bem como o desenvolvimento do sistema de vigilância das violências. No que concerne ao segundo item tratamos dos métodos da pesquisa em questão e os dados sociodemográficos da XII Regional de Saúde de Pernambuco. Já no terceiro item, discutimos o perfil das violências no território e suas particularidades. Espera-se que a pesquisa tenha contribuído para visualizar como as violências ocorrem no contexto estudado, visando assim, possibilitar estratégias de planejamento, monitoramento e melhoria das ações em vigilância das violências, bem como estimule a proposição de novos estudos que possam desvelar aspectos que não foram contemplados por esta pesquisa.

## **CONJUNTURA DA VIOLÊNCIA: ASPECTOS CONCEITUAIS E SÓCIO-HISTÓRICOS**

No cenário mundial, de acordo com relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de 1,3 milhão de mortes ocorrem anualmente em consequência da violência, em todas as suas formas auto-direcionada, interpessoal e coletiva o que corresponde a 2,5% da mortalidade global (OMS, 2014). Considerando as mortes em decorrência de atos de violência interpessoal, o mesmo documento evidencia que desde o ano 2000, cerca de seis milhões de pessoas morreram em todo o mundo. Tal número supera as mortes ocasionadas por guerras ao longo desse período. Embora a violência interpessoal seja menos letal que o homicídio, traz consequências sociais e de saúde, graves e permanentes (OMS, 2014).

É oportuno para melhor compreensão da epidemia da violência fazer uma breve incursão na história acerca da inserção da temática no campo da saúde brasileira. Conforme destaca Minayo *et al* (2018) somente a partir da promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), em 2001, que as discussões sobre violência ganharam pauta oficial no país.

Inicialmente com a violência contra a criança e o adolescente; violência de gênero; violência contra a pessoa idosa; violência no trânsito; violência no trabalho e, mais recentemente, violência étnica, contra a população portadora de deficiências e LGBTQIA+<sup>1</sup>.

No Brasil, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), foi implantado em 2006, composto por dois componentes: Vigilância Contínua (VIVA/SINAN), que é formado pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); e o Viva Inquérito, sob a modalidade de inquérito sobre atendimentos de casos de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados. O Viva tem papel fundamental no processo de planejamento de políticas públicas de atenção às vítimas de violência, uma vez que, as notificações das violências acontecem em todo o território nacional (BRASIL, 2016). “Ademais, a vigilância desses agravos permite identificar os grupos mais vulneráveis à manifestação da violência e serve de orientação às ações de prevenção, cuidados e proteção para suas vítimas” (FARIAS *et al*, 2016, p. 800).

A violência é um fenômeno de causalidade complexa, múltipla e mutante, acompanha todo o curso da humanidade com seus aspectos estruturais e conjunturais. Sua evolução e características estão entrelaçadas nas especificidades históricas de cada nação que fará uso das normas sociais, costumes e aparatos legais para aprovar ou desaprovar cada tipo de violência. Sendo assim, nunca existiu sociedade sem violência, mas sociedades mais violentas que outras (MINAYO, 2006).

O contexto da violência no Brasil tem raízes na sua forma de colonização e de desenvolvimento e está presente em todos os períodos históricos do País, seja quanto à “aculturação dos indígenas, quanto à escravização dos negros, às ditaduras políticas, ao comportamento patriarcal e machista que perpetua abusos contra mulheres e crianças, aos processos de discriminação, racismo, opressão e exploração do trabalho” (MINAYO, 2006, p.27).

Como já sinalizado no decorrer das reflexões, o Brasil vive uma epidemia de violência fruto da história escravocrata e da concentração de renda. Dessa maneira, o setor da saúde isoladamente não dará conta de responder aos determinantes sistêmicos e estruturais que perpassam a questão da violência em nosso país e que estão expressos na “desigualdade social, na formação educacional deficiente, na crise econômica, na recessão, na corrupção, no desemprego e também a ineficiência policial” (SCHWARCZ, 2019, p.171). A violência é um problema mundial de saúde pública de grande magnitude e transcendência, além de ser uma violação aos direitos humanos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002, p.27).

---

<sup>1</sup> LGBTQIA+ = Lésbica, Gay, Bissexuais, Travestis, Queer, Intersexuais e o + que agrega outras siglas e identidades que integram o movimento.

A OMS (2002) divide a violência em três grandes categorias de acordo com o ator da violência perpetrada, sendo elas: violência dirigida a si mesmo (auto-infligida), violência interpessoal e violência coletiva. No tocante, a violência auto-infligida essa é subdividida em comportamento suicida que compreende ideação suicida e tentativas de suicídios, já o auto-abuso corresponde às automutilações. No que concerne, a Violência interpessoal a referida organização vai dividi-la em duas subcategorias: Violência da família e de parceiro (a) íntimo (a) e a violência comunitária. E por fim, temos a violência coletiva que é subdividida em violência social, política e econômica.

No que concerne à natureza dos atos de violência eles vão se expressar a partir das violências física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono. Cabe pontuar, que de acordo com a Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (BRASIL, 2002), as várias faces da violência atingem grupos distintos e gera consequências diversificadas para cada segmento da população. Os homens são comumente acometidos por violências que levam ao óbito, fato que se expressa nos altos índices de mortalidade. Já as crianças, adolescentes, mulheres e idosos, as violências, em sua maioria, resultam no perfil de morbidade, devido ao seu impacto causada a saúde. A “violência provoca perda de qualidade de vida entre as pessoas, aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros” (BRASIL, 2016, p.10).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

A presente pesquisa constituiu-se com base nos delineamentos dos estudos epidemiológicos do tipo descritivo que tem como premissa o tempo, lugar e características dos indivíduos. Para tanto foram utilizada abordagem quantitativa das notificações de violência interpessoal e autoprovocada no território da XII Regional de Saúde.

O lócus da pesquisa a XII Região de Saúde de Pernambuco foi criada em 2012, a partir do Decreto nº 37.772, atualmente, formada por dez municípios que fazem parte da Região de Desenvolvimento da Mata Norte e da Região de Desenvolvimento do Agreste Setentrional: Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, Timbaúba (Mata Norte) e São Vicente Ferrer (Agreste Setentrional), ocupa uma área de 1.916 Km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 164,4 Hab/Km<sup>2</sup> (PDR, 2011; PERNAMBUCO, 2020). Conforme as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, a XII Regional de Saúde está distribuída em sua maioria em Municípios de Pequeno Porte 1 e 2 ( 55,89 %) apresentando ainda Municípios de Médio Porte (44,01%).

A XII Regional de Saúde possui uma população correspondente a 319.885 habitantes, o equivalente a 3,32 % da população do Estado, sendo 48,92% do sexo masculino e 51,07% do feminino (IBGE, 2020). Ainda em consonância com os dados do IBGE, a população da Regional de Saúde assim como a realidade nacional viveu a transição de população jovem para adulta, concentrando maior número de pessoas

em idade economicamente ativa 62,28%, seguida do grupo infanto-juvenil (26,8%) e idosos (10,86%) da população.

No tocante ao desenvolvimento econômico, as principais atividades econômicas da XII Regional de Saúde estão ligadas aos setores de Administração, educação e saúde pública, defesa e seguridade social (APU) com maior representação no PIB, seguidos dos Serviços exclusive APU, fato que se justifica pelo porte dos municípios. A agropecuária ocupa o terceiro lugar nas atividades econômicas, segundo dados do Anuário Estatístico de Pernambuco (2017). No tocante ao Índice de Desenvolvimento Humano a Região de Saúde apresenta 0,602, os valores variam de 0,549 a 0,651, situando 70% dos municípios como faixa média de desenvolvimento humano municipal (PNUD, IPEA e FJP, 2013).

De acordo com Gil (2002, p.49) “a pesquisa descritiva tem como finalidade descrever as características de determinadas populações ou fenômenos, ou então, estabelecimentos entre as variáveis”. Para tanto faz uso de técnicas padronizadas para coleta de dados. Corroborando com o autor supracitado Prodanov (2013, p.53) ressalta que a pesquisa descritiva “procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos”. O referido estudo como sinalizado teve abordagem quantitativa já que essa “considera tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las” (PRODANOV, 2013, p.69).

Os dados do presente estudo foram coletados eletronicamente por meio do 'TABNET' sendo este um tabulador de domínio público do Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Diante disso, foram considerados todos os casos notificados de Violência interpessoal / autoprovocada, no período de 2014 a 2018 por corresponder aos anos que houve avanços normativos e legais relacionados à violência interpessoal / autoprovocada no campo da saúde coletiva.

Para descrever as características das notificações de violências foram selecionadas às variáveis, segundo características sociodemográficas das vítimas (faixa etária, sexo, escolaridade e raça-/cor), em relação à violência (tipo de violência, local de ocorrência, meio de agressão) e em relação ao provável autor (a) da violência (vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida) e atendimento a vítima de violência (encaminhamentos e evolução do caso). Os dados foram exportados, organizados e analisados com o subsídio do programa Microsoft® Office Excel 2010, empregando-se a estatística descritiva para os cálculos de frequência absoluta e relativa e, por conseguinte, a criação de tabelas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com realidade apresentada no período de 2014 – 2018, segundo os registros do Sinan, o número total de notificações de violência interpessoal e autoprovoçada (CID 10, Y09) foram de 2.459. Ao analisar os marcadores de sexo e raça/cor vamos ter a figura feminina e parda sendo a mais acometida por atos de violência no território da XII Regional de Saúde, das 1.324 notificações de violências perpetradas contra o sexo feminino, 78,9% das vítimas eram pardas, realidade similar no sexo masculino, das 613 notificações, 78,6 % os homens eram pardos (Tabela 01). O referido estudo segue a mesma tendência que a literatura vem apontando quanto ao marcador raça/cor e a prevalência da violência sofrida por jovens pardos e/ou negros na população brasileira (PEREIRA, 2020; BRASIL, 2019).

Na estratificação dos grupos etários por sexo, observou-se que, no sexo masculino a faixa etária de 15 a 19 anos é a mais acometida por violência representando (40,8%). No sexo feminino a faixa etária mais frequente foi a de 20 a 29 anos (30,6%). Embora essa tenha sido a mais expressiva, os dados revelam a presença em todos os ciclos de vida (Tabela 01).

No tocante a escolaridade, o estudo revelou que as pessoas que sofreram violência não possuíam em sua maioria o ensino fundamental completo (10,7%), seguidas por indivíduos que não completaram o ensino médio (7,4%). Cabe mencionar que os dados preenchidos como ignorados/brancos representaram 52,7% das notificações. Tal panorama revela a possibilidade de haver um sub-registro fato que gera subinformação e que tem relação com preenchimento de forma adequada. Sendo assim, os dados apresentados não permitem uma análise mais próxima da realidade. Segundo estudos de Polidoro, Cunha e Canavese (2020) embora tenha havido uma melhoria na completude dos dados ainda é preciso avançar no aprimoramento da vigilância das violências, os atores supracitados sugerem qualificação dos profissionais e da rede intersetorial envolvida, uma vez que, o monitoramento das violências permite além de traçar o panorama da realidade, possibilita o mapeamento da população mais vulnerabilizada, o que por vez permite lançar mão de estratégias de prevenção e cuidados as vítimas.

**Tabela 01:** Distribuição das notificações de violência interpessoal/autoprovocada por sexo, segundo características da vítima, na XII Regional de Saúde de Pernambuco (2014 -2018).

Características	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Raça / cor da pele</b>						
Branca	55	7,1	130	7,7	185	7,5
Preta	38	4,9	96	5,7	134	5,4
Amarela	3	0,4	11	0,7	14	0,6
Parda	613	78,6	1.324	78,9	1.937	78,8
Indígena	0	0,0	8	0,5	8	0,3
Ignorado/Branco	71	9,1	110	6,6	181	7,4
Total	780	100,00	1.679	100,00	2.459	100,00
<b>Faixa etária (anos)</b>						
<1 Ano	34	4,4	22	1,3	56	2,3
1 a 4 anos	37	4,7	24	1,4	61	2,5
5 a 9 anos	26	3,3	30	1,8	56	2,3
10 a 14 anos	92	11,8	176	10,5	268	10,9
15 a 19 anos	318	40,8	279	16,6	597	24,3
20 a 29 anos	78	10,0	514	30,6	592	24,1
30 a 39 anos	54	6,9	341	20,3	395	16,1
40 a 49 anos	37	4,7	184	11,0	221	9,0
50 a 59 anos	20	2,6	70	4,2	90	3,7
60 e mais	84	10,8	33	2,0	117	4,8
Ignorado/Branco	0	0,0	6	0,4	6	0,2
Total	780	100,00	1.679	100,00	2.459	100,00
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	22	2,8	21	1,3	43	1,7
1ª a 4ª série incompleta do EF	50	6,4	84	5,0	134	5,4
4ª série completa do EF	24	3,1	49	2,9	73	3,0
5ª a 8ª série incompleta do EF	75	9,6	188	11,2	263	10,7
Ensino fundamental completo	20	2,6	66	3,9	86	3,5
Ensino médio incompleto	63	8,1	119	7,1	182	7,4
Ensino médio completo	36	4,6	151	9,0	187	7,6
Educação superior incompleta	3	0,4	19	1,1	22	0,9
Educação superior completa	1	0,1	22	1,3	23	0,9
Não se aplica	81	10,4	68	4,1	149	6,1
Ignorado/Branco	405	51,9	892	53,1	1.297	52,7
Total	780	100,00	1.679	100,00	2.459	100,00

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Dados atualizados em 13/09/2020, sujeitos a alterações.

A residência da vítima foi o local de maior ocorrência 41,9 % dos episódios, seguida da via pública, com 33,7%. Cabe ressaltar que os dados preenchidos como ignorados e/ou brancos equivalem a 15,2%. Os

dados contidos na tabela evidenciam disparidade quando analisado com base no sexo e local da ocorrência da violência, o espaço domiciliar para as mulheres é responsável por 45, 9% das violências perpetradas, já os homens esse cenário é a via pública 40, 5%.

Os dados supracitados reforçam o quadro de violência doméstica e familiar contra a mulher no país, configura-se uma das formas de violação dos direitos humanos. Sendo seu contexto especificado segundo a Lei Maria da Penha (2006), âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família e em decorrência de uma relação íntima de afeto.

Em face do exposto é oportuno destacar que o feminicídio acontece no contexto de violência doméstica e familiar e que tal crime “resulta da negligência da sociedade civil e do Estado aos diferentes tipos de violência que a mulher é submetida no país – desde a explícita, na forma de agressões físicas, até as mais sutis, como a violência psicológica” (MELERO, 2018, p.03).

Corroborando com a análise, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019) destaca que o feminicídio resulta no desfecho de uma série de outras violências já vivenciadas no contexto da relação afetiva, mas que muitas vezes as vítimas não denunciam. O mesmo documento aponta que a cada 2 minutos uma mulher sofre lesão corporal dolosa, no contexto da violência doméstica e familiar, totalizando 263.067 casos em 2018. Considerando o Estado de Pernambuco, lócus da nossa pesquisa, em 2018, registrou 8.530 casos, taxa de 89,8% de Lesão corporal qualificada pela violência doméstica, prevista no art. 129, § 9 do CP.

A análise por tipo de violências, o estudo em questão mostra que há predominância da física 61,5 %, seguida da psicológica/moral 16,1%. Existe uma disparidade expressiva no que concerne a violência sexual, o sexo feminino foi alvo de 156 (6,6%) episódios desse tipo de violência, já o masculino 18 (1,9%). A violência de repetição fez-se presente em 12,6% dos casos sendo a mulher a principal vítima (14,4%) enquanto o homem (8,3%) (tabela 03).

A pesquisa mostrou ainda que em relação à lesão autoprovocada não existem disparidades entre os sexos sendo masculino (14,5%) e feminino (14,6%), fato que não se assemelha tendência nacional, segundo Brasil (2019) em pesquisa realizada através das notificações em serviços sentinelas de urgência e emergência nas capitais brasileiras que indicam a maior proporção entre as mulheres (51,2%).

Em se tratando dos meios de agressão, os mais notificados estiveram ligados ao uso da força corporal/espancamento 58,2%, seguidos do uso de objetos perfurocortantes 10,7 % e armas de fogo 6,8%. Em relação ao grau de parentesco com as vítimas os dados revelaram que as violências foram perpetradas em sua maioria por desconhecidos (as) 31,6%, seguidos de Amigos / conhecidos 14% e Cônjuge 11,7%. Quando visto com base no recorte de gênero, as mulheres apresentam 30,1% para desconhecidos (as), 14,3% são cônjuge e 13,3% são pessoas amigas / conhecidas. Os homens seguem a mesma tendência, sendo 34,6% para desconhecidos (as), seguidos de amigos/conhecidos 15,4% e cônjuge 6,2%. Corroborando com o explicitado Njaine (2007) coloca que os dados epidemiológicos revelam que os homens morrem mais em virtude da violência do que as mulheres, no entanto, aparecem como os principais responsáveis pela violência interpessoal.

A literatura, assim como o presente estudo, identificam a violência perpetrada contra mulheres perpassada pelo modelo patriarcal que ditam as relações de gênero desde a nossa colonização, configura-se em um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade, representa uma estrutura de poder de exploração-dominação da mulher pelo homem, baseado tanto na ideologia quanto na violência (SAFFIOTI, 2004).

Em relação à evolução dos casos e encaminhados realizados teremos uma lacuna na análise, uma vez que, os dados apresentam nesses itens 2.303 não foram preenchidos e 2.355 foram marcados como ignorados respectivamente. Cabe pontuar que o instrutivo para notificação expressa que somente nas seguintes condições é que os campos podem ficar sem preenchimento ou ignorados, somente em casos que a pessoa esteja em estado de inconsciência, desacompanhada ou acompanhada por quem não sabe informar (BRASIL, 2016).

**Tabela 02:** Características das notificações de violência interpessoal/autoprovocada, segundo local de ocorrência e grau de parentesco por sexo, na XII Regional de Saúde de Pernambuco (2014-2018).

Características	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	261	33,5	770	45,9	1.031	41,9
Via pública	316	40,5	513	30,6	829	33,7
Escola	16	2,1	19	1,1	35	1,4
Bar ou Similar	17	2,2	29	1,7	46	1,9
Comércio/ Serviços	4	0,5	15	0,9	19	0,8
Habitação Coletiva	6	0,8	12	0,7	18	0,7
Local de prática esportiva	5	0,6	4	0,2	9	0,4
Indústrias/ construção	3	0,4	1	0,1	4	0,2
Ignorado	106	13,6	241	14,4	347	14,1
Outros	35	4,5	58	3,5	93	3,8
Em Branco	11	1,4	17	1,0	28	1,1
Total	780	100,00	1.679	100,00	2.459	100,00
<b>Grau de parentesco com a vítima</b>						
Amigos / conhecidos	99	15,4	179	13,3	278	14,0
Cônjuge	40	6,2	192	14,3	232	11,7
Cuidado (a)	2	0,3	3	0,2	5	0,3
Desconhecido (a)	222	34,6	404	30,1	626	31,6
Ex cônjuge	7	1,1	86	6,4	93	4,7
Ex namorado (a)	1	0,2	12	0,9	13	0,7
Filho (a)	7	1,1	17	1,3	24	1,2
Irmão	32	5,0	47	3,5	79	4,0
Mãe	52	8,1	31	2,3	83	4,2
Namorado (a)	4	0,6	53	4,0	57	2,9
Outro Vínculo	43	6,7	72	5,4	115	5,8
Padrasto	9	1,4	14	1,0	23	1,2
Madrasta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pai	25	3,9	29	2,2	54	2,7
Patrão/Chefe	0	0,0	2	0,1	2	0,1
Pessoa com relação institucional	0	0,0	2	0,1	2	0,1
Policial / Agente da Lei	5	0,8	2	0,1	7	0,4
Própria Pessoa	93	14,5	196	14,6	289	14,6
Total	641	100,00	1.341	100,00	1.982	100,0

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.  
Dados atualizados em 13/09/2020, sujeitos a alterações.

**Tabela 03:** Características das notificações de violência interpessoal/autoprovocada, segundo tipo de violência e meio de agressão, por sexo, na XII Regional de Saúde de Pernambuco (2014-2018).

Características	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Tipo de violência</b>						
Violência de repetição	78	8,3	338	14,4	416	12,6
Violência Física	660	69,9	1.369	58,1	2.029	61,5
Violência Psicológica/Moral	119	12,6	411	17,5	530	16,1
Tortura	13	1,4	35	1,5	48	1,5
<b>Tipo de violência</b>						
Violência Sexual	18	1,9	156	6,6	174	5,3
Tráfico de seres humanos	0	0,0	2	0,1	2	0,1
Violência Financeira/econômica	3	0,3	4	0,2	7	0,2
Negligência/ abandono	53	5,6	39	1,7	92	2,8
Trabalho Infantil	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intervenção Legal	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Outras violências		0,0		0,0		0,0
Total	944	100,00	2.355	100,00	3.299	100,00
<b>Meio de agressão</b>						
Ameaça	15	1,8	127	7,5	142	5,7
Arma de fogo	108	13,3	62	3,7	170	6,8
Enforcamento	10	1,2	26	1,5	36	1,4
Envenenamento	57	7,0	138	8,1	195	7,8
Força Corporal/ Espancamento	383	47,1	1.080	63,6	1.463	58,2
Objeto Contundente	47	5,8	30	1,8	77	3,1
Objeto Perfurocortante	128	15,7	142	8,4	270	10,7
Outra Agressão	60	7,4	86	5,1	146	5,8
Substância /Objeto quente	6	0,7	7	0,4	13	0,5
Total	814	100,00	1.698	100,00	2.512	100,00

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Dados atualizados em 13/09/2020, sujeitos a alterações.

Tal realidade encontra ressonância em outros estudos como o de Malta et al (2017) que estudaram a mortalidade e os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (Disability Adjusted Life Years – DALYs) por violências interpessoais e autoprovocadas considerando o período de 1990 e 2015 no Brasil, os dados revelaram que além de ser a terceira causa de morte no Brasil é um dos principais contribuintes para DALYs. Entre os homens as agressões por arma de fogo ocupa a 1ª posição. Destacam ainda, que as violências autoprovocadas subiram da 7ª para a 6ª posição, seguidas por agressão por arma branca (7ª). Afogamentos saíram da 6ª para a 8ª posição e agressões por outros meios migraram da 4ª para a 9ª posição. Pernambuco ocupa o segundo lugar entre as taxas mais elevadas de DALYs por violências.

A distribuição proporcional de DALYs por idade segundo agressões e lesões autoprovocadas, em 2015, indica maior frequência de casos na faixa etária jovem, por ordem de importância, nos grupos de 20 a 24 anos, 15 a 19 anos, 25 a 29 anos e 30 a 34 anos. Exceto no grupo de 0 a 4 anos, no qual prevalecem agressões por outros meios, nas demais faixas etárias as agressões por arma de fogo e arma branca são

predominantes. Em 2015, o estudo indicou maior frequência em homens e na faixa etária jovem, com predominância na faixa entre 20 a 24 anos, seguida pelos jovens de 15 a 19 anos. As taxas mais elevadas de DALYs por violências em homens ocorreram em Alagoas, Pernambuco e Espírito Santo.

Conforme evidencia a OMS (2014) é possível minimizar os fatores de riscos da violência através de ações e políticas. Todas as formas de violências estão associadas a determinantes sociais, como governança fraca, estado de direito fraco, normas culturais, sociais e de gênero, desemprego, desigualdade de renda e de gênero, rápidas mudanças sociais e oportunidades limitadas de educação. Existem ainda fatores transversais do risco que se expressam através da facilidade de acesso a armas de fogo, consumo excessivo de álcool e outras drogas que por sua vez, implicam fatores de riscos que vão incidir no aumento das violências contra mulher.

Em face do exposto é preciso compreender que tais determinações sociais vão revelar o contexto histórico-social de um período e como sua formação social traz implicações na vida dos sujeitos. Dessa forma, o patriarcalismo, o feminicídio, as desigualdades de gênero entre outras determinações são historicamente construídas e a fim de transformá-la é preciso conhecê-las para forjar estratégias de superação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados da presente pesquisa evidenciam que a violência interpessoal e autoprovoada no cenário da XII Regional de Saúde têm, destacadamente, a figura feminina como a principal vítima de violências, sendo presente em todos os ciclos da vida, no qual o âmbito doméstico é o local onde frequentemente acontecem, espaço esse permeado pelas relações familiares e afetivas. Os achados também indicam que violência de repetição teve maior proporção no sexo feminino.

Já em relação ao sexo masculino, o estudo revelou outra realidade vivida por esses sujeitos, à violência tem sido predominante no espaço público e os jovens na faixa etária de 15 a 19 anos são os mais acometidos do que compreende a violência urbana. Em ambos os sexos não houve relevantes disparidades nos critérios de escolaridade, raça e tipo de violência, predominou a violência física, psicológica e autoprovoada, as vítimas foram pessoas pardas com o ensino fundamental incompleto.

Dessa forma, o processo de discussões e análises dos dados podemos indicar algumas aproximações a partir do desenvolvimento da pesquisa. O primeiro é que para podermos entender a realidade concreta em sua ampla manifestação no campo da saúde, se faz necessário fortalecer a educação permanente para qualificar os registros das notificações e a vigilância das violências. Outro ponto é que dada a gravidade dos problemas oriundos da violência, seu enfrentamento só pode ser efetivo em articulação e fortalecimento da rede loco/regional de atendimento/enfrentamento às situações de violência no território.

Diante do exposto, finalizamos o trabalho com uma dupla reflexão para se pensar o cenário da violência, não apenas na XII Regional de Saúde, mas em todo o Estado de Pernambuco: (1) o das

determinações sociais que revestem a violência expressa no perfil epidemiológico do território; (2) quais respostas institucionais podem ser ampliadas para minimizar os efeitos da violência nas condições de vida de sua população?

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10778-24-novembro-2003-497669-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 09 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1.271 de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios** – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Estimativas populacionais 2020**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado>. Acesso em 06 de setembro de 2020.

COSTA, Daniella Harth da; NJAINE, Kathie; SCHENKER, Miriam. Repercussões do homicídio em famílias das vítimas: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3087–3097, set. 2017.

FARIAS, Marilurdes Silva et al . Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 4, p. 799-806, Dec. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000400799&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400799&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Setembro de 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. **Anuário brasileiro de segurança pública**. Ano 13. São Paulo, 2019. Disponível em: [https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf). Acesso em 22 de setembro de 2020.

PEREIRA, Vinícius Oliveira de Moura et al . Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 23, supl. 1, e200004.SUPL.1, 2020 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000200402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000200402&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 Novembro de 2020.

POLIDORO, Maurício Polidoro, CUNHA, Bruna Vargas, CANAVESE, Daniel. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Revista Saúde em Redes**, Porto Alegre, 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 142-156, May 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000500142&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500142&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Outubro de 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. DESLANDES, Suely Ferreira, orgs. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em: 11 setembro de 2020.

NJAINÉ, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P., orgs. **Impactos da Violência na Saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: 2002. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em 06 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial Sobre a prevenção da violência 2014**. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em 13 de junho de 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**.

2011. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao\\_final1.doc\\_ao\\_conass\\_em\\_jan\\_2012.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf). Acesso em: 05 de setembro de 2020.

PNUD, Ipea e FJP. **Atlas de Desenvolvimento Humano. 2013**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>. Acesso em: 05 de setembro de 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SAFFIOTTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCHWARCZ, Lília Moritz. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: companhia das letras, 2019.

**Contribuições dos autores:**

**Cilânea dos Santos Costa:** concepção, redação do artigo, coleta, interpretação dos dados e revisão final.

**José Lancart de Lima:** orientação, correções e revisão final.

**José André de Melo Wanderley:** orientação na coleta de dados e revisão final.

---