

Expediente**Contato:**E-mail: gestao.ciis@fmrp.usp.br

Fone: 16-3315-8596

Rua do Biotério – Casa 3

Campus – USP – Ribeirão Preto - SP

Editor:

Janise Braga Barros Ferreira

Comissão Editorial:

Janise Braga Barros Ferreira

Nádia Pires Emer Coquely

Rosane A. Monteiro

Coordenação Executiva:

Nádia Pires Emer Coquely

Rosane A. Monteiro

Direção da FMRP/USP:

Margaret de Castro

Chefe do Depto de Medicina Social:

Amaury Lellis Dal Fabbro

Direção Centro de Atenção Primária:

Amaury Lellis Dal Fabbro

Colaboradores:

Divisão de Informática da SMS-RP

Direção do CIIS:

João Mazzoncini de Azevedo Marques

Coordenadora Área de Gestão do CIIS:

Janise Braga Barros Ferreira

Periodicidade:

Quadrimestral

APRESENTAÇÃO

A violência é um complexo problema da sociedade que necessita ser enfrentado por todos e inclusive pelos serviços de saúde, pois reflete nos indicadores de mortalidade e morbidade e nos custos da atenção à saúde.

No campo da saúde, pode-se dizer que a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia da Saúde da Família (ESF), por suas características, apresentam-se como espaços potencialmente ricos para abordagem desse evento. O conhecimento mais profundo acerca do território e sua dinâmica, o estabelecimento de vínculo com a comunidade e a abertura para o exercício da participação social e da escuta qualificada das necessidades da comunidade são aspectos singulares da APS/ESF que podem favorecer os enfrentamentos dos vários tipos de violência que acometem as pessoas em todas as faixas etárias.

Certamente, trata-se de tarefa intrincada, pois remete à compreensão e à atuação sobre os possíveis determinantes sociais que podem estar relacionados à gênese das situações de violências.

Neste sentido, a caracterização da violência é essencial para auxiliar as equipes de saúde na proposição das estratégias, por meio de ações assistenciais, de prevenção e da promoção da cultura da paz. Reconhece-se que uma alternativa interessante de abordagem seja a formação de redes integrais de atendimento/apoio às pessoas e famílias vitimizadas, no próprio setor saúde e redes intersetoriais, com as áreas da educação, da assistência social, da cultura, do esporte, de organizações não governamentais, entre outras.

Ainda, deve ser ressaltado que no atendimento das situações de violência a informação torna-se um recurso indispensável à instrumentalização das equipes de APS/ESF. No Brasil, do ponto de vista de registro de dados, a notificação de violências integra a Lista Nacional de Notificação Compulsória, o que permite a formação de um banco de dados sobre as vítimas que foram atendidas no sistema de saúde. Especificamente, na APS, o e-SUS também contribui com informações do território, das pessoas e das famílias, as quais podem ser analisadas conjuntamente com os dados do SINAN, para compor o quadro situacional de diferentes realidades. A elaboração de um diagnóstico situacional mais apurado pode proporcionar o planejamento das equipes de APS/ESF, para atuar nos territórios, de forma consoante às necessidades das comunidades.

Este boletim, ao apresentar os casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada, envolvendo a população de Ribeirão Preto-SP e, especialmente, a do território da APS/ESF, vinculado ao Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, visa reforçar a importância de os docentes, estudantes, pesquisadores, trabalhadores da saúde e a comunidade em geral se engajarem no combate a esse agravo, por meio do desenvolvimento de ações colaborativas mais efetivas, em todos os âmbitos de atuação do sistema de saúde.

Profa Dra Janise Braga Barros Ferreira
Departamento de Medicina Social – FMRP-USP

Notificação da Violência no Setor Saúde

O Ministério da Saúde em 2006 implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (**Viva**), que possui dois componentes: Vigilância contínua (Viva Contínuo/Sinan) - dados de violência interpessoal e autoprovocada em serviços de saúde por meio da ficha de notificação individual registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); e Vigilância sentinela (Viva Inquérito), pesquisa por amostragem realizada a cada três anos em serviços de urgência e emergência^a.

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada

Em 2009, a notificação da violência interpessoal e autoprovocada foram inseridas no Sinan, garantindo a sustentabilidade da notificação destes agravos nos registros oficiais e o reconhecimento da importância dessas ocorrências para a saúde pública pelo MS^b.

Em 2010, essa notificação foi incluída na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços sentinelas de saúde (públicos e privados) e, no ano seguinte, a sua notificação foi universalizada, tornando-se compulsória para todo o território nacional^b.

Com a publicação da portaria nº 1.378, em 2013, o financiamento das ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes passou a integrar o piso fixo de vigilância em saúde. Já em 2014, os casos de violência sexual e as tentativas de suicídio foram considerados agravos de notificação compulsória imediata à Secretaria municipal de saúde em até 24 horas.

A partir de 2016, o conceito de notificação compulsória passou a ser compreendido como a comunicação obrigatória à autoridade de saúde sobre a **ocorrência de suspeita ou confirmação** de doença, agravo ou evento de saúde pública, devendo ser realizada pelos profissionais de saúde e/ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados. No âmbito da vigilância epidemiológica de violências interpessoais e autoprovocadas, a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal e prevê, na dimensão da Linha do Cuidado para Atenção Integral de Pessoas em Situação de Violência: o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento e o seguimento nas redes de cuidados e proteção social, além da vigilância, prevenção e promoção da saúde e cultura da paz^c.

É importante destacar que, no setor saúde, notificar os casos de violência tem por objetivos: conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “ocultos” nos espaços privados e públicos; compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no País, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz; intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência; proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção^d.

Assim, acredita-se que a sensibilização dos profissionais de saúde possa contribuir com a caracterização de um cenário mais real sobre as ocorrências de violências. Por isso, todos os profissionais, nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, devem estar despertos e cientes da importância de se realizar oportuna e completamente a notificação dos casos de violência, no momento do atendimento das pessoas que procuram os serviços de saúde.

Rosane A. Monteiro

Departamento de Medicina Social – FMRP-USP

^aGawryszewski, Vilma Pinheiro et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1269-1278, 2006

^bBrasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada/2016

^cBrasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência / 2009.

^dBrasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Cartilha Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas /2017

CENÁRIO DOS CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA, RIBEIRÃO PRETO, 2013 A 2017, SINAN (MS)

Neste Boletim, são apresentados alguns dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (MS), com a população residente de Ribeirão Preto (RP), no período de 2013 a 2017 e dados do perfil da população cadastrada no eSUS-AB, referentes ao mês de março de 2019.

Pontua-se que a Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

“é a responsável pela implantação da vigilância contínua de violências, que inclui a digitação, consolidação, análise dos dados e disseminação das informações e assim que complementado o fluxo da informação, envia à Secretaria de Estado de Saúde (SP) e, posteriormente, ao Ministério da Saúde.”¹

Em Ribeirão Preto, no período de 2013 a 2017, foram notificados no SINAN 5716 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, o HCRP notificou a maior proporção dos casos (24,4%). (Tabela 01)

Vale ressaltar que a notificação do caso não precisa da identificação do profissional de saúde que fez o atendimento, podendo ser utilizado o carimbo institucional exclusivamente, a critério da gestão local.

Tabela 1 - Notificações de violências registradas no SINAN, segundo a **Unidade Notificadora de Ribeirão Preto-SP**, 2013 a 2017.

Unidade Notificadora	Distrito de Saúde	Nº	%
HCFMRP	Oeste	1400	24,49
Centro de Saúde Escola	Oeste	995	17,41
UBDS Dr. Ítalo Baruffi	Leste	874	15,29
UBDS Dr. Sergio Arouca	Norte	847	14,82
UBDS Dr. João Baptista Quartim	Central	642	11,23
UBDS Dr. Marco Antonio Sahão	Sul	601	10,51
UPA Dr. Luis Atílio Losi Viana	Leste	150	2,62
UBS Profa. Dra. Maria Herbenia O. Duarte	Central	14	0,24
NSF - Núcleo de Saúde da Família V	Oeste	14	0,24
USF José Paulo Pimenta de Mello	Leste	14	0,24
Outros	-	165	2,89
Total		5716	100,0

Fonte: Sinan/MS

Na Tabela 2 observa-se que entre as notificações de violências, 80,5% foram do sexo feminino e 19,5% do sexo masculino.

Tabela 2 - Distribuição das notificações de violência segundo a faixa etária (anos) e sexo da vítima, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.

Faixa etária (anos)	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
< 1	42	50,0	42	50,0	84	1,5
01-04	164	51,6	154	48,4	318	5,6
05-09	124	54,1	105	45,9	229	4,0
10-14	232	73,7	83	26,3	315	5,5
15-19	379	69,7	165	30,3	544	9,5
20-29	1135	89,2	138	10,8	1273	22,3
30-39	1257	89,3	151	10,7	1408	24,6
40-49	657	88,4	86	11,6	743	13,0
50-59	330	87,8	46	12,2	376	6,6
60-69	170	73,6	61	26,4	231	4,0
70-79	64	57,7	47	42,3	111	1,9
80 e mais	45	57,7	33	42,3	78	1,4
Total*	4603	80,5	1113	19,5	5716	100,0

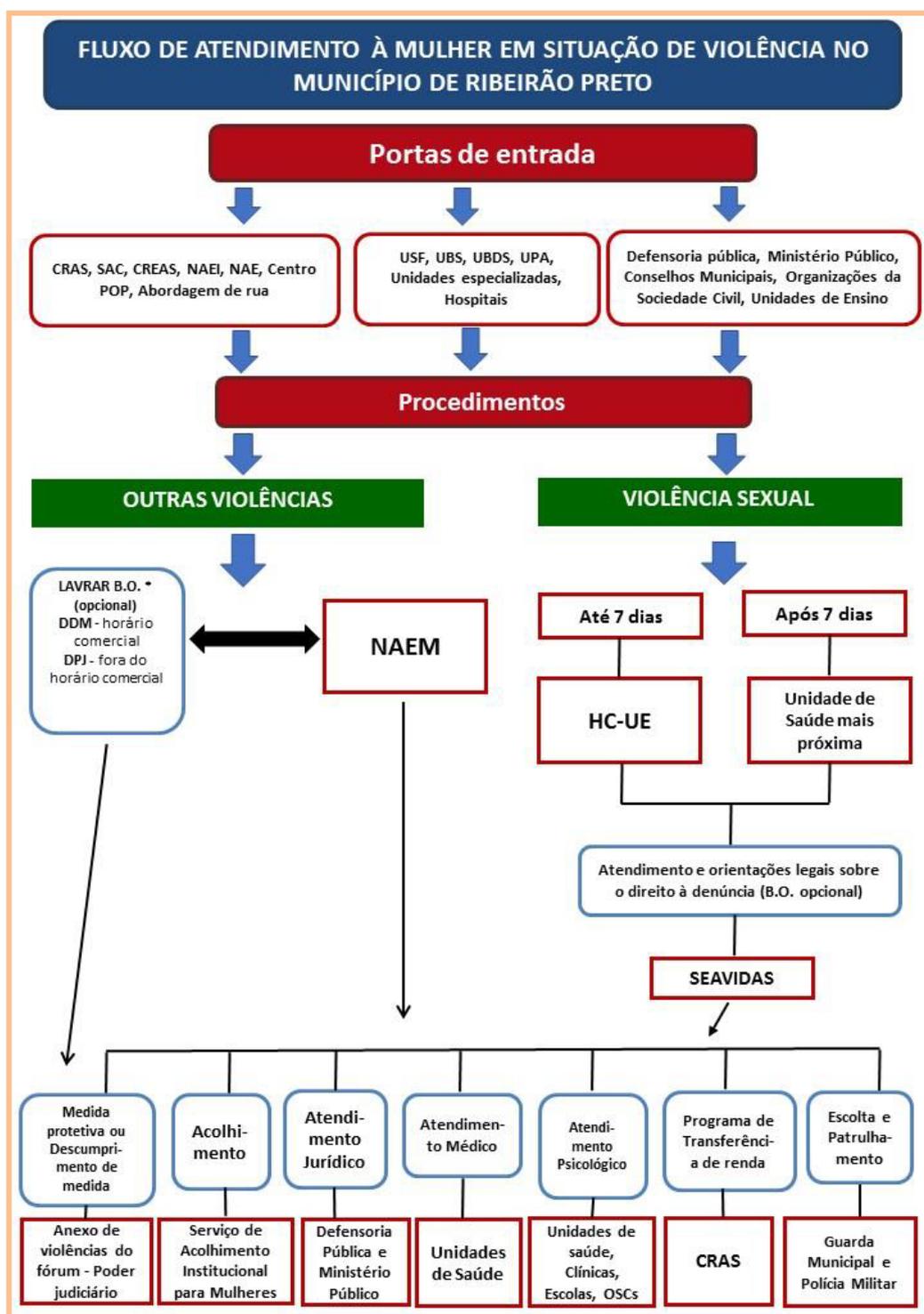
*6 casos com idade ignorada

Fonte:Sinan/MS

¹ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo da notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016

Quando observada a faixa etária do total das notificações, entre as crianças de 0-9 anos, não ocorreram grandes diferenças em relação ao sexo. Entre os adolescentes (10 a 19 anos) foram cerca de 70% e 30% das notificações do sexo feminino e masculino, respectivamente. Na faixa etária entre 20-59 anos, responsável por 66,5% do total de notificações, aproximadamente 90% foram do sexo feminino. Entre os idosos com 60 anos e mais, ocorreram 420 notificações (7,3% do total), sendo 66,4% do sexo feminino e 33,6% do masculino.

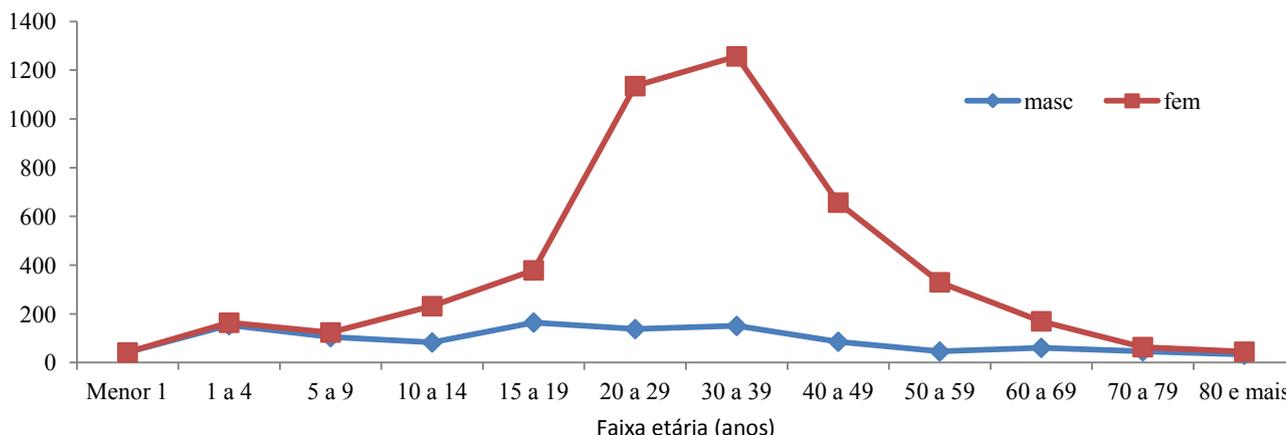
Nos dados de violências registrados no SINAN/MS, as mulheres foram as principais vítimas. Interessante reforçar que a SMS de Ribeirão Preto-SP estabeleceu um fluxograma para o atendimento dessas mulheres, apresentado a seguir:



Fonte: Manual de atendimento à mulher em situação de violência no município de Ribeirão Preto (SMS-RP)

Quando se analisa a ocorrência de notificações por faixa etária nota-se uma variação por sexo. Destaca-se uma maior frequência de notificações na faixa etária de 20 a 49 anos para as mulheres, refletindo a questão da violência de gênero nessa parcela da população.

Figura 1 - Notificações de violência segundo a faixa etária (anos) e sexo da vítima, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.



Fonte: Sinan/MS

Com relação aos tipos de violência predominaram as notificações decorrentes de violência psicológica/moral (64,2%), agressão física (53,1%) e violência sexual (10,6%). Ressalta-se que em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência, por exemplo: um caso de agressão física pode ser acompanhado de uma ameaça (violência psicológica). Entretanto, para fins de registro no SINAN, deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência, podendo ser informada no campo observação adicional, a violência secundária. Esse talvez possa ser um fato que precise ser melhor estudado para se aprimorar o registro de dados no SINAN, pois observa-se que a proporção total dos tipos de violência foi de 152%, por se tratar de uma forma de registro de dados de múltipla escolha. (Tabela 3)

- Violência física e psicológica n=1753 (30,6%)
- Violência sexual e psicológica n=173 (3,1%)

Tabela 3 - Distribuição das notificações de violência segundo a **tipologia**, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.

Tipologia da Violência	N*	%
Violência Psicológica/Moral	3667	64,2
Violência Física	3036	53,1
Violência Sexual	605	10,6
Violência Negligência/Abandono	572	10,0
Violência Financeira/Econômico	484	8,5
Violência Tortura	74	1,3
Violência Intervenção Legal	46	0,8
Outra Violência	223	3,9

* A mesma notificação pode conter mais que um tipo de violência notificada

Fonte: Sinan/MS

Na tabela 4, analisando-se as tipologias de violências segundo a faixa etária, as mais prevalentes entre as crianças de 0-9 anos foram: negligência/abandono (48,5%), sexual (36,5%) e violência física (32,3%). Na notificação de violência contra o adolescente, na faixa etária de 10–19 anos, a mais prevalente foi a violência física (61,2%), seguida da psicológica/moral (44,0%) e sexual (25,3%). Na faixa etária de 20-59 anos a violência predominante foi a psicológica/moral (76,3%), seguida pela física (56,1%).

Em relação aos idosos (60 anos e mais) os tipos de violências mais prevalentes foram: violência psicológica/moral (63,6%), violência física (41,0%), seguidas pela negligência/abandono (21,2%) e financeira/econômica (17,9%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das notificações de violência segundo a **tipologia e faixa etária (anos) da vítima**, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.

Tipologia da Violência	FAIXA ETÁRIA									
	0 a 9		10 a 19		20 a 59		60 e mais		Total	
Pessoas Notificadas	n(631)	%*	n(859)	%*	n(3800)	%*	n(420)	%*	N(5710)**	%*
Violência Física	204	32,3	526	61,2	2132	56,1	172	41,0	3034	53,1
Violência Psicológica/Moral	122	19,3	378	44,0	2898	76,3	267	63,6	3665	64,1
Violência Tortura	3	0,5	16	1,9	49	1,3	6	1,4	74	1,3
Violência Sexual	230	36,5	217	25,3	154	4,1	4	1,0	605	10,6
Violência Finan/Econômico	10	1,6	21	2,4	378	9,9	75	17,9	484	8,5
Violência Negli/Abandono	306	48,5	70	8,1	105	2,8	89	21,2	570	10,0
Violência Intervenção Legal	4	0,6	13	1,5	27	0,7	2	0,5	46	0,8
Lesão autoprovocada	37	5,9	77	9,0	400	10,5	42	10,0	556	9,7
Outra Violência	19	3,0	46	5,4	145	3,8	12	2,9	222	3,9

* % foi calculado sobre o total de pessoas notificadas na faixa etária

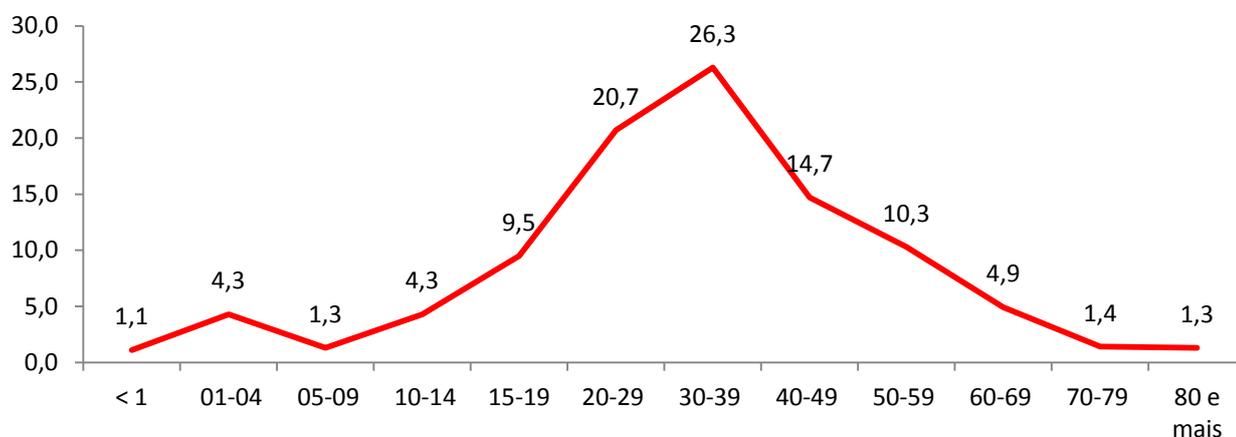
**6 casos com idade ignorada

Fonte: Sinan/MS

Os casos relacionados à lesão autoprovocada podem indicar uma autoagressão ou uma tentativa de suicídio, para isso, o sistema SINAN solicita que ao preencher o evento como lesão autoprovocada também seja especificada se é autoagressão ou tentativa de suicídio. Os dados estudados de Ribeirão Preto indicam que das 556 notificações de lesão autoprovocada, 94 (16%) informaram que ocorreu tentativa de suicídio (1,6% do total de notificações).

As lesões autoprovocadas foram mais frequentes nas faixas etárias de 20 a 49 anos, totalizando cerca de 60% dos casos, com o pico maior aos 30 a 39 anos (26,3%). (Tabela 5).

Figura 2 - Proporção das notificações de violência autoprovocada segundo a **faixa etária (anos) da vítima**, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.



*Estão incluídos os casos de agressão contra si mesma ou tentativa de suicídio

Fonte: Sinan/MS

Em relação ao meio de agressão notou-se a força corporal/espancamento presente em 65,2% da violência física, em 42,2% da violência sexual e em 40,9% da violência psicológica. Enquanto que na lesão autoprovocada o principal meio de agressão foi envenenamento com 49,5%, seguido pelo enforcamento (21,4%). (Tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição das notificações de violência física, sexual, psicológica ou autoprovocada segundo o meio de agressão, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.

Meio de Agressão	Viol. Física (n=3036)	Viol. Sexual (n=605)	Viol. Psicológica (n=3667)	Lesão Autoprovocada (n=556)
Arma de Fogo	5,7	2,2	0,8	4,5
Força Corporal/Espancamento	65,2	42,2	40,9	4,5
Enforcamento	10,1	2,2	5,0	21,4
Objeto Contundente	6,3	1,2	4,2	0,2
Objeto Perfuro-Cortante	9,0	2,2	3,7	7,0
Envenenamento	6,2	1,0	0,1	49,5

Fonte: Sinan/MS

Em relação ao vínculo do agressor com a pessoa atendida/vítima, o cônjuge apareceu em primeiro lugar, com 63,5% de violência física e 91,8% com violência psicológica. Em segundo lugar, o ex-cônjuge com 36,0% de violência física e 95,9% de violência psicológica. Em terceiro lugar, o amigo/conhecido respondendo com 36% de violência física ou sexual e 62,2 % para a psicológica. Destaca-se que a violência física foi registrada acima de 50% para os vínculos dos agressores sendo: cônjuge, desconhecido, namorado e madrasta. Na violência sexual, o padrasto foi o único vínculo que obteve o percentual acima de 50%, diferentemente para a violência psicológica, onde quase todos os tipos de vínculos de agressores estavam presentes acima de 50%, excluindo mãe, pai, padrasto e desconhecido. (Tabela 6)

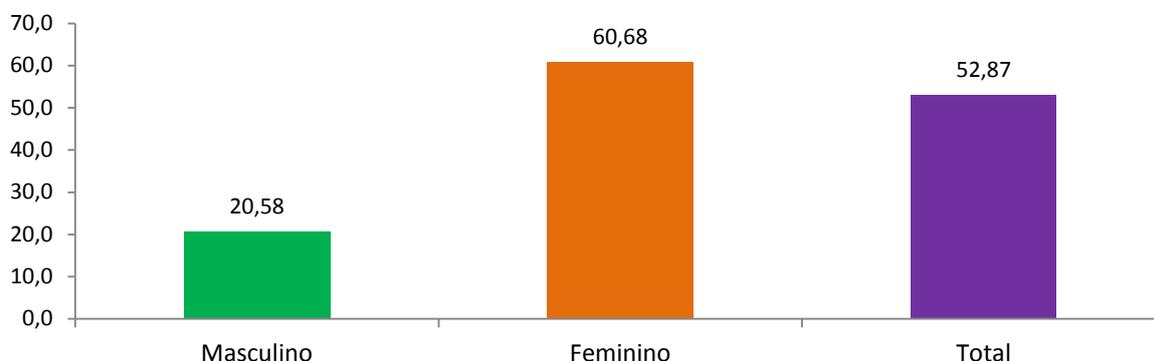
Tabela 6 - Distribuição das notificações de violência física, sexual ou psicológica segundo o vínculo com o agressor, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.

Agressor	Notificações	Viol. Física	Viol. Sexual	Viol. Psicológica
Cônjuge	1468	63,6	1,1	91,8
Ex-cônjuge	960	36,0	1,0	95,9
Amigo/conhecido	405	36,8	36,1	62,2
Mãe	337	31,2	2,7	19,3
Pai	319	38,2	21,0	36,9
Desconhecido	308	61,0	46,1	27,9
Ex-namorado	272	40,1	2,6	93,4
Filho	181	42,5	0,6	59,6
Namorado	162	76,5	9,3	73,5
Irmão	104	69,2	13,5	81,2
Padrasto	86	46,5	59,3	45,4
Cuidador	31	25,8	19,4	61,3
Madrasta	11	81,8	36,7	81,8
Outros	428	40,0	26,9	61,7

Fonte: Sinan/MS

Na maioria dos casos notificados do sexo feminino (60,68%), a violência ocorreu outras vezes, enquanto para o sexo masculino a repetição foi de 20,6%. (Figura 3)

Figura 3 – Proporção segundo o sexo sobre a informação se no mesmo tipo de evento que está sendo notificado ocorreu a violência outras vezes, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.



Fonte: Sinan/MS

O local de ocorrência com maior proporção de notificações foi a residência da vítima (71,9%), mostrando que os prováveis autores de violências sejam familiares e/ou conhecidos. Em seguida, a via pública (11,9%). Esses locais podem sofrer alterações, dependendo da faixa etária da pessoa atendida/vítima. (Tabela 7)

Tabela 7 - Distribuição das notificações de violência segundo o local de ocorrência, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017

Local de Ocorrência	Nº	%
Residência	4112	71,94
Via pública	683	11,95
Outros	308	5,39
Comércio/Serviços	199	3,48
Escola	66	1,15
Bar ou Similar	47	0,82
Habitação Coletiva	23	0,4
Local de prática esportiva	9	0,16
Indústrias/construção	3	0,05
Ignorado	266	4,65
Total	5716	100

Fonte: Sinan/MS

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS SEIS NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA FMRP/USP

Pensando no cuidado integral da população adstrita aos seis (6) Núcleos de Saúde da Família (NSF), sob responsabilidade da FMRP/USP, destacam-se algumas características sociodemográficas e epidemiológicas dessa população que podem apontar para a vulnerabilidade presente em situações de violência. Em relação ao sexo, 46% dos cadastrados eram do sexo masculino e 53,6% do feminino, achados semelhantes em todos os NSF. Em relação à idade, a faixa etária de 20 a 59 anos contemplou cerca de 50% a 60% dos indivíduos cadastrados. Os Núcleos I, II e III possuíam uma maior população idosa (27,5%, 32,4% e 31,7%, respectivamente) e os Núcleos IV e V, o maior número de crianças e adolescentes (28%). A proporção de pessoas com algum tipo de deficiência foi de 3,7% entre todos os cadastrados, tendo o Núcleo II apresentado o maior percentual, 7,5%. A análise da situação de mercado dos pacientes cadastrados, registrou 4,5% de desempregados e 14,9% de pessoas que não trabalhavam, totalizando 19,4%. Os Núcleos I, II e V apresentaram os maiores valores dessa situação, 26,3%; 25,2% e 24,4%, respectivamente. Cerca de 20% possuía convênio médico, tendo o Núcleo II registrado o maior número de pessoas conveniadas (41%). A população total cadastrada nos NSF tinha cerca de 20% de estudantes, sendo a população de estudantes da área de abrangência do Núcleo V, a de maior proporção (25,7%). Dentre os cadastrados, 14,9% disseram fazer uso de álcool. Em relação a essa informação referida, a área do Núcleo V apresentou a maior proporção (32,5), seguida do Núcleo III (24,6%) e Núcleo II (21,8%). Em relação ao uso de drogas, apenas 1,6% referiram fazer uso. O Núcleo V obteve o maior percentual (2,8%), valor acima da média dos demais núcleos. A referência de algum problema de saúde mental foi de 4,4% dentre os cadastrados nos núcleos, destacando-se os Núcleos III e II, com 7,8% e 6,9%, respectivamente.

Tabela 8 - Perfil da população cadastrada no eSUS-AB, dos Núcleos da FMRP/USP, Ribeirão Preto-SP, março 2019

Variáveis	TOTAL		NSF/FMRP-USP											
			I		II		III		IV		V		VI	
			2440	%	2332	%	2026	%	2262	%	1941	%	1983	%
Sexo														
Masculino	6021	46,4	1099	45,0	1049	45,0	916	45,2	1077	47,6	944	48,6	936	47,2
Feminino	6963	53,6	1341	55,0	1283	55,0	1110	54,8	1185	52,4	997	51,4	1047	52,8
Faixa etária (anos)														
< 1	98	0,8	15	0,6	12	0,5	11	0,5	17	0,8	31	1,6	12	0,6
01-04	529	4,1	79	3,2	62	2,7	70	3,5	134	5,9	102	5,3	82	4,1
05-09	710	5,5	114	4,7	95	4,1	73	3,6	155	6,9	161	8,3	112	5,6
10-14	666	5,1	118	4,8	92	3,9	64	3,2	144	6,4	137	7,1	111	5,6
15-19	814	6,3	126	5,2	132	5,7	112	5,5	188	8,3	118	6,1	138	7,0
20-29	1998	15,4	306	12,5	286	12,3	278	13,7	422	18,7	389	20,0	317	16,0
30-39	1893	14,6	357	14,6	291	12,5	279	13,8	346	15,3	325	16,7	295	14,9
40-49	1601	12,3	324	13,3	272	11,7	244	12,0	288	12,7	220	11,3	253	12,8
50-59	1581	12,2	331	13,6	334	14,3	252	12,4	215	9,5	213	11,0	236	11,9
60-69	1505	11,6	302	12,4	318	13,6	280	13,8	208	9,2	158	8,1	239	12,1
70-79	1039	8,0	242	9,9	268	11,5	229	11,3	106	4,7	63	3,2	131	6,6
80 e mais	550	4,2	126	5,2	170	7,3	134	6,6	39	1,7	24	1,2	57	2,9
Alguma deficiência (sim)	474	3,7	77	3,2	176	7,5	65	3,2	52	2,3	62	3,2	42	2,1
Situação Mercado														
Desempregado	590	4,5	92	3,8	134	5,7	106	5,2	42	1,9	186	9,6	30	1,5
Não Trabalha	1934	14,9	548	22,5	454	19,5	299	14,8	142	6,3	288	14,8	203	10,2
Convênio Médico (sim)	2736	21,1	671	27,5	959	41,1	459	22,7	131	5,8	316	16,3	200	10,1
Frequente Escola (sim)	2476	19,1	472	19,3	389	16,7	312	15,4	484	21,4	498	25,7	321	16,2
Uso de Álcool (sim)	1939	14,9	140	5,7	508	21,8	498	24,6	90	4,0	631	32,5	72	3,6
Uso de drogas	205	1,6	25	1,0	39	1,7	33	1,6	49	2,2	54	2,8	5	0,3
Saúde mental	575	4,4	78	3,2	161	6,9	159	7,8	39	1,7	122	6,3	16	0,8

*% na população feminina

Fonte: eSUS-AB

Analisando as visitas domiciliares para o desfecho “visitas realizadas” pelos agentes comunitários de saúde (ACS) nos NSF, em março de 2019, observou-se que o percentual de visitas para acompanhamento da Saúde Mental foi de 5,3%. Ainda, no período analisado, o percentual de visitas realizadas para pessoas usuárias de álcool foi de 3,8% e para usuários de drogas de 1,7%. Destaca-se o Núcleo II que nos três tipos de visitas de acompanhamento, saúde mental, uso de álcool e uso de drogas, foi o que registrou o maior percentual entre as visitas realizadas, sendo 15,8; 7,6 e 3,2, respectivamente.

Tabela 9 – Distribuição dos acompanhamentos de Visitas Domiciliares dos NSF da FMRP/USP - Ribeirão Preto-SP, março 2019.

Visitas domiciliares Acompanhamento	NSF/FMRP/USP													
	TOTAL	%	I	%	II	%	III	%	IV	%	V	%	VI	%
Saúde Mental	145	5,3	13	3,4	73	15,8	20	4,5	12	2,0	21	4,7	6	1,6
Usuário de Álcool	103	3,8	11	2,9	35	7,6	37	8,3	1	0,2	17	3,8	2	0,5
Usuário de Drogas	47	1,7	2	0,5	15	3,2	5	1,1	7	1,2	8	1,8	10	2,6
Total de visitas desfecho (realizadas)	2718	-	382	-	462	-	448	-	591	-	451	-	384	-

Fonte: eSUS-AB

Em relação às atividades coletivas realizadas nos Núcleos que ocorreram no mês de março/2019, 89 atividades, apenas 2 (2,1%) trataram da questão da dependência química e 4(4,3%) versaram sobre saúde mental, especificamente. Não houve registro de nenhuma atividade coletiva voltada exclusivamente à prevenção da violência.

Tabela 10 - Atividades Coletivas realizadas nos NSF da FMRP/USP , Ribeirão Preto-SP, março 2019.

Núcleos/FMRP-USP	Total de Atividades Coletivas	Tema_06 Dependência_Química	Tema_13 Saúde Mental
Núcleo de Saúde da Família I	12	0	0
Núcleo de Saúde da Família II	14	1	4
Núcleo de Saúde da Família III	16	0	0
Núcleo de Saúde da Família IV	14	0	0
Núcleo de Saúde da Família V	29	1	0
Núcleo de Saúde da Família VI	4	0	0
TOTAL	89	2	4

Fonte: eSUS-AB

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO ESTUDO: NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FMRP/USP (I, III, V, VI)

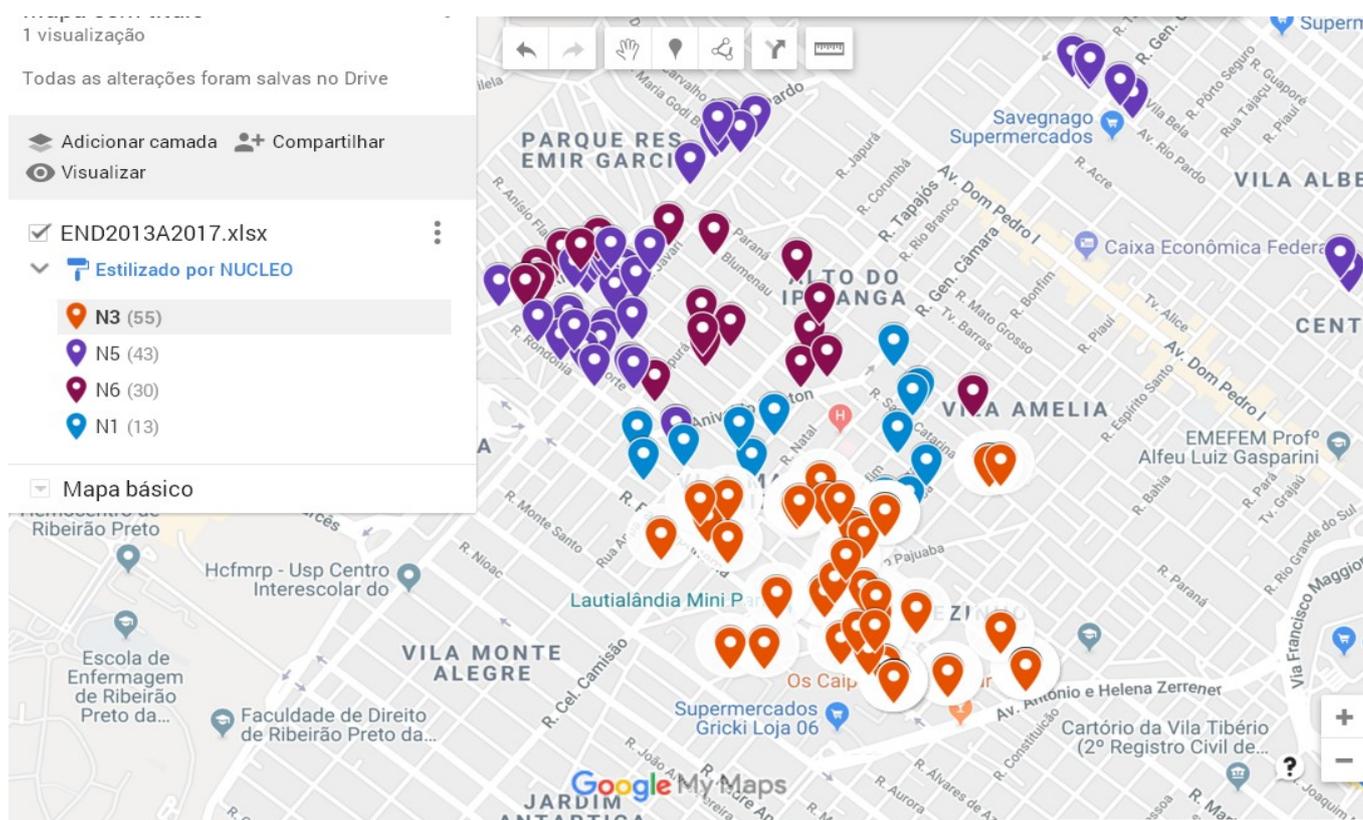
Das pessoas residentes na área de abrangência dos NSF/FMRP/USP (I,III,V,VI) no período de 2013 a 2017, foram notificados 141 casos de violência interpessoal ou autoprovocada, sendo 85,1% do sexo feminino e 14,9% do masculino.

Tabela 11 - Notificações de violências provenientes da área de abrangência dos NSF/FMRP/USP (I, III,V,VI)

Núcleos	Nº notificações	%
NSF I	13	9,2
NSF III	55	39,0
NSF V	43	30,5
NSF VI	30	21,3
Total	141	100,0

Fonte: Sinan/MS

O mapa abaixo evidencia o georreferenciamento dos 141 casos notificados de violência procedentes da área dos NSF/FMRP/USP, segundo o local de residência da pessoa atendida/vítima, no período de 2013 a 2017.



Fonte: Sinan/MS

Na área de abrangência dos NSF estudados, ocorreram 66,7% das notificações na faixa etária de 20-59 anos, sendo 94,7% do sexo feminino. Entre as crianças de 0-9 anos, ocorreu o inverso, sendo 23,1% do sexo feminino e 76,9% do sexo masculino. Entre os adolescentes de 10 a 19 anos, foram cerca de 80% e 20% de casos notificados dos sexos feminino e masculino, respectivamente. Entre os idosos com 60 anos e mais, ocorreram 12 notificações (8,5% do total), sendo 83,3% do sexo feminino e 16,7% do masculino (Tabela 12).

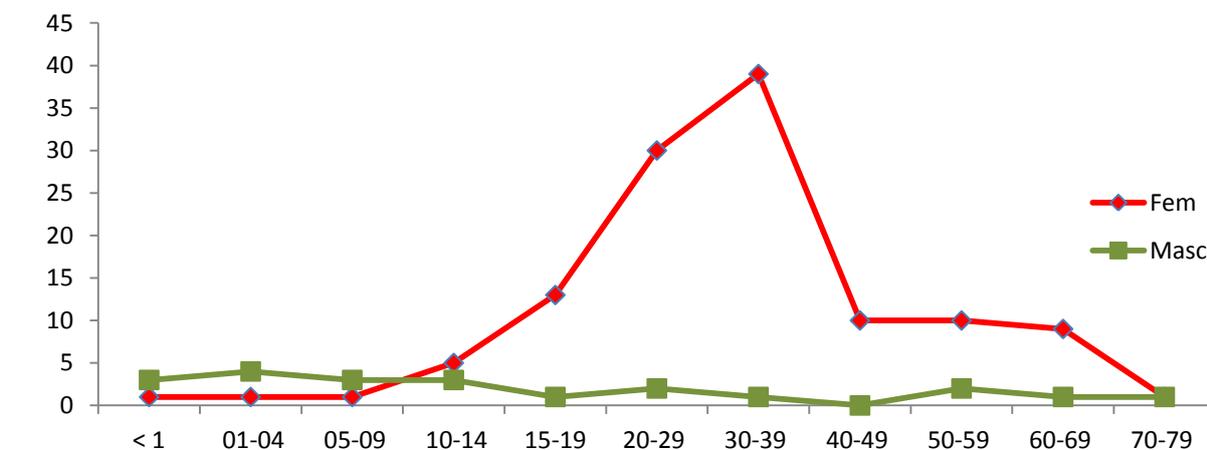
Tabela 12 - Distribuição das notificações de violência de residentes da área de abrangência dos Núcleos estudados (I, III, V, VI, segundo a **faixa etária** (anos) e **sexo da vítima**, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.

Faixa etária (anos)	Sexo Feminino	%	Sexo Masculino	%	Total	%
< 1	1	25,0	3	75,0	4	2,8
01-04	1	20,0	4	80,0	5	3,5
05-09	1	25,0	3	75,0	4	2,8
10-14	5	62,5	3	37,5	8	5,7
15-19	13	92,9	1	7,1	14	9,9
20-29	30	93,8	2	6,3	32	22,7
30-39	39	97,5	1	2,5	40	28,4
40-49	10	100,0	0	0,0	10	7,1
50-59	10	83,3	2	16,7	12	8,5
60-69	9	90,0	1	10,0	10	7,1
70-79	1	50,0	1	50,0	2	1,4
Total*	120	85,1	21	14,9	141	100

Fonte:Sinan/MS

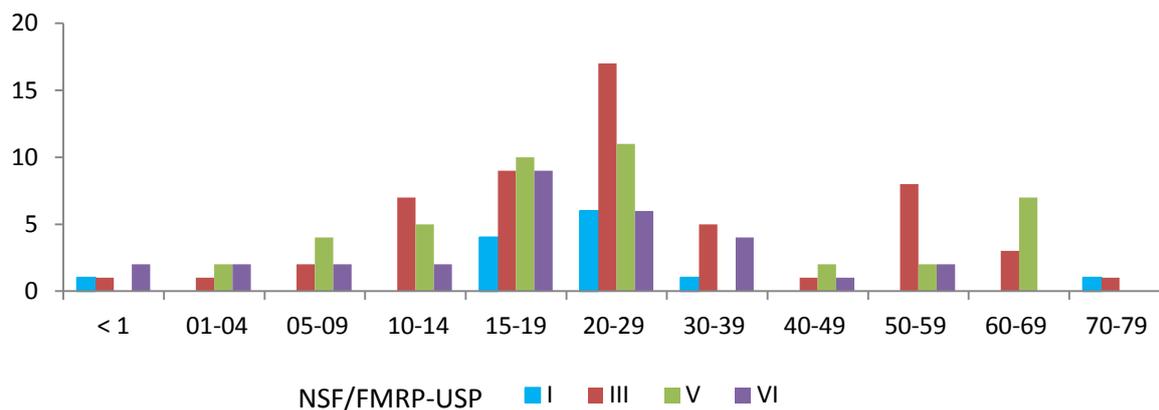
A análise por faixa etária apresentou uma variação por sexo. Destacaram-se os maiores percentuais na faixa etária das mulheres de 20 a 49 anos, refletindo a questão da violência de gênero (Figura 4). A faixa etária dos 20 a 29 anos registrou o maior percentual de notificações quando se analisa a procedência por NSF/FMRP-USP (Figura 5).

Figura 4 - Notificações de violência segundo a faixa etária (anos) e sexo da vítima, de residentes na área de abrangência dos Núcleos estudados (I, III, V, VI), Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.



Fonte:Sinan/MS

Figura 5 - Notificações de violência segundo área de abrangência e faixa etária dos NSF/FMRP-USP estudados, Ribeirão Preto, 2013 a 2017.



Fonte:Sinan/MS

Analisando as notificações de violência pela tipologia notou-se que a violência psicológica/moral registrou percentuais superiores a 60%, seguida pela violência física, nos NSF I, III e V. No Núcleo VI a mais prevalente foi a violência física (73,3%), seguida pela psicológica/moral (46,7%).

Destacou-se nos Núcleos I e VI, a violência negligência/abandono (30,8% e 16,7%, respectivamente) e no Núcleo III a lesão autoprovocada (10,9%) (Tabela 13).

Tabela 13 - Notificações da Violência segundo a **tipologia**, na área de abrangência dos Núcleos I, III, V, VI, Ribeirão Preto, 2013 a 2017.

Tipologia da Violência	NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA/FMRP-USP			
	I (n=13)	III (n=55)	V (n=43)	VI(n=30)
Violência Psicológica/Moral	76,9	65,5	76,7	46,7
Violência Física	38,5	67,3	53,5	73,3
Violência Sexual	7,7	7,3	7,0	6,7
Violência Negligência/Abandono	30,8	7,3	7,0	16,7
Violência Financeira/Econômico	15,4	7,3	4,7	0,0
Lesão Autoprovocada	7,7	10,9	0,0	6,7

Fonte: Sinan/MS

A violência de repetição pode ser analisada pelo instrumento de notificação por meio da questão: “Ocorreu outras vezes?”. Na maioria dos casos notificados do sexo feminino (67,5%) procedentes da área de abrangência dos Núcleos, a violência ocorreu outras vezes, enquanto para o sexo masculino a repetição foi de 28,6%, seguindo o padrão parecido aos das notificações totais de violência no município de Ribeirão Preto-SP. (Figura 06)

Figura 06 - Proporção sobre a informação se no mesmo tipo de evento notificado ocorreu outras vezes segundo sexo, residentes na área de abrangência dos Núcleos I, III, V, VI, Ribeirão Preto-SP, 2013 a 2017.



Fonte: Sinan/MS

Analisando as tipologias de violência segundo na faixa etária de 0 a 9 anos, observou-se que as mais prevalentes foram: negligência/abandono (84,6%), violência física (38,5%) e psicológica/moral (15,4%).

Na violência contra o adolescente, faixa etária de 10–19 anos, os tipos mais prevalentes foram a violência física (72,7%), seguida da psicológica/moral (68,2%) e sexual (13,6%).

Na faixa etária de 20-59 anos, o tipo de violência predominante foi a psicológica/moral (74,5%), seguida pela física (64,9%).

Em relação aos idosos (60 anos e mais), os tipos de violências mais prevalentes foram: violência psicológica/moral (50,0%), violência física (41,7%), seguidas pelas violências financeira/econômica (16,7%) e negligência/abandono (11,3%) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das notificações de violência segundo a **tipologia e faixa etária** (anos) da vítima, na área de abrangência dos Núcleos I, III, V, VI, Ribeirão Preto, 2013 a 2017.

Tipologia da Violência	FAIXA ETÁRIA									
	0 a 9		10 a 19		20 a 59		60 e mais		Total	
Pessoas notificadas	(n=13)	%	(n=22)	%	(n=94)	%	(n=12)	%	(N=141)**	%
Viol. Psicológica/Moral	2	15,4	15	68,2	70	74,5	6	50,0	93	66,0
Viol. Física	5	38,5	16	72,7	61	64,9	5	41,7	87	61,7
Viol. Negligência/Abandono	11	84,6	0	0	4	4,3	1	8,3	16	11,3
Viol. Sexual	1	7,7	3	13,6	6	6,4	0	0	10	7,1
Viol. Financeira/Econômico	0	0	1	4,5	5	5,3	2	16,7	8	5,7
Viol. Intervenção Legal	0	0	0	0	2	2,1	0	0	2	1,4
Viol. Tortura	0	0	0	0	2	2,1	0	0	2	1,4
Lesão autoprovocada	1	7,7	1	4,5	6	6,4	1	8,3	9	6,4
Outra Violência	1	7,7	0	0	3	3,2	0	0	4	2,8

Fonte: Sinan/MS

Em relação ao vínculo do agressor com a pessoa atendida/vítima, o cônjuge apareceu em primeiro lugar, com 69,8% acusado de praticar violência física e 74,4% violência psicológica. Em segundo lugar, apareceu o ex-cônjuge, acusado da prática de violência física (55,6%) e 85,2% de violência psicológica. Em terceiro lugar, o amigo/conhecido, respondendo com 25% de praticar violência física, 33,3% violência sexual e 58,3% psicológica.

Destaca-se que a violência física foi registrada acima de 50% para os vínculos dos agressores sendo: cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, pai, irmão e outros.

Na violência sexual, o vínculo do agressor desconhecido foi o único que obteve o percentual acima de 50%, diferentemente para a violência psicológica, onde quase todos os tipos de vínculos estavam presentes acima de 50%, excluindo mãe e desconhecido. (Tabela 15)

Tabela 15 - Distribuição das **notificações de violência física, sexual ou psicológica** segundo o **vínculo com o agressor** na área de abrangência dos Núcleos I, III, V, VI, Ribeirão Preto, 2013 a 2017.

Vínculo do Agressor	Nº Notificações	Viol. Física	Viol. Sexual	Viol. Psicológica
Cônjuge	43	69,8	2,3	74,4
Ex-cônjuge	27	55,6	3,7	85,2
Amigo/conhecido	12	25,0	33,3	58,3
Namorado	3	100,0	-	100,0
Ex-namorado	9	55,6	-	100,0
Mãe	11	45,5	-	27,3
Pai	5	60,0	-	60,0
Filho	4	50,0	-	75,0
Irmão	2	100,0	-	50,0
Padrasto	2	-	50,0	100,0
Desconhecido	3	33,3	66,7	33,3
Outros	6	83,3	-	50,0

Fonte: Sinan/MS

Analisando o local de ocorrência dos casos estudados, a maior proporção de notificações foi na residência da vítima (79,4%), mostrando que o convívio com os prováveis autores de violências seja familiar. Em seguida, a via pública (7,1%). Estes locais podem apresentar alterações dependendo da faixa etária da pessoa atendida/vítima.

Notificação da violência

A ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas proposta pelo Ministério da Saúde traz a seguinte definição de caso de violência:

“Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.”

Dicas:

“Caso suspeito ou confirmado...” profissionais da saúde devem preencher a ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas **ainda que não haja confirmação da violência**.

No caso de crianças, adolescentes ou pessoas idosas é necessário, para além da notificação compulsória que é do âmbito da saúde (e se dá no SINAN), a **comunicação** aos órgãos competentes designados pela legislação:

- **Crianças e adolescentes:** Conselho Tutelar e/ou Ministério Público;
- **Pessoas idosas:** ao Conselho do Idoso e/ou Ministério Público
- **Pessoas deficientes:** ao Conselho dos Direitos das Pessoas Deficientes, Ministério Público e à autoridade policial.
- **Mulheres adultas** que são vítimas de violência (e que não são nem idosas nem deficientes), não há previsão legal para qualquer tipo de comunicação e acionamento de órgão da Segurança Pública (polícia civil ou militar).

Na Saúde não é necessário o registro de boletim de ocorrência para o atendimento. Se a pessoa não deseja registrar o boletim de ocorrência, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre os seus direitos. Em todos os casos, a equipe de saúde deve orientar sobre a importância de a pessoa registrar o boletim de ocorrência, pois este é um direito de cidadania e contribui para que o agressor não fique impune.

Notificação compulsória

“Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades”.

<http://www.saude.gov.br/> (entendendo a definição de caso da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas)

Referência:

PORTARIA Nº 1.271, DE 6 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.

