



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

JADE DE OLIVEIRA E MELO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO ESTADO
DA PARAÍBA DE 2009 A 2019**

**CAMPINA GRANDE
2022**

JADE DE OLIVEIRA E MELO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO ESTADO
DA PARAÍBA DE 2009 A 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M528p Melo, Jade de Oliveira e.
Perfil epidemiológico das notificações de violência no Estado da Paraíba de 2009 a 2019 [manuscrito] / Jade de Oliveira e Melo. - 2022.
21 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa , Coordenação de Curso de Biologia - CCBS."

1. Violência. 2. Sistemas de Informação em Saúde. 3. Epidemiologia. I. Título

21. ed. CDD 303.6

JADE DE OLIVEIRA E MELO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DE 2009 A 2019

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 21/ 03/ 2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Gabriela Maria Cavalcanti Costa (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coelho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Suely Deysny de Matos Celino
UNIFACISA

Aos meus pais e meu irmão por toda entrega e apoio, por todo amor e força, DEDICO.

“Eu sou contra a violência porque parece fazer bem, mas o bem só é temporário; o mal que faz é que é permanente.”
(Mahatma Gandhi)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência das notificações de violência, segundo características da violência. Paraíba, Brasil, 2009-2019	15
Tabela 2 – Frequência das notificações de violência, segundo variáveis sociodemográficas. Paraíba, Brasil, 2009-2019	16
Tabela 3 – Frequência das notificações de violência, segundo ciclo de vida do autor. Paraíba, Brasil, 2009-2019	17

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Breve histórico da violência no Brasil	12
2.2 Vigilância em saúde das violências	13
3 METODOLOGIA	13
4 RESULTADOS	14
5 DISCUSSÕES	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20
AGRADECIMENTOS	23

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA DE 2009 A 2019

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF VIOLENCE NOTIFICATIONS: AN ECOLOGICAL STUDY IN THE STATE OF PARAÍBA FROM 2009 TO 2019

Jade de Oliveira e Melo (MELO, J. O.)¹
Gabriela Maria Cavalcanti Costa (COSTA, G. M. C.)²

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico das notificações de violência no estado da Paraíba entre 2009 e 2019. Metodologia: estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre os anos de 2009 e 2019, acerca das notificações de violência interpessoal no estado da Paraíba. Para tanto, foram coletados dados do DATASUS, organizados em tabelas e submetidos a análise por meio de estatística descritiva. Resultados: entre os anos de 2009 e 2019 foram registradas 32.628 notificações de violência, dessas, 50,4% correspondem a violência física, 19,9% a violência psicológica, 15,1% a violência do tipo negligência e abandono e 8,8% a violência sexual. Ademais, 71,2% das vítimas de violência são pessoas pardas e 67% são mulheres. As crianças menores de 5 anos totalizam 72,4% das vítimas de negligência e abandono enquanto as mulheres entre 10 e 20 anos totalizam 94,2% das vítimas de violência sexual. Com relação as violências psicológicas e físicas as pessoas com idade entre 15 e 49 anos são as mais acometidas representando 67,8% e 70,1% dos casos, respectivamente. 53,5% dos casos de violência ocorrem em ambiente residencial e 30,8% das vítimas são levadas ao ambulatório para receberem cuidados de saúde. Dentre os dados coletados 60,7% das notificações correspondem a brancos, não se aplica e ignorados. Conclusão: os dados disponibilizados nos sistemas de informação discriminam grandes porcentagens de vítimas atingidas por esse problema no estado da Paraíba, possibilitando que conheçamos as dimensões desse fenômeno no estado, entretanto, a quantidade de dados suprimidos é exacerbada o que ao impossibilita uma análise profunda do fator violência e dos seus impactos totais.

Palavras-chave: Violência; Sistemas de informação em saúde; Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: to trace the epidemiological profile of reports of violence in the state of Paraíba between 2009 and 2019. Methodology: descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach, with data from the Notifiable Diseases Information System between the years 2009 and 2019, about notifications of interpersonal violence in the state of Paraíba. To this end, data were collected from DATASUS, organized into tables and subjected to analysis using descriptive statistics. Results: between 2009 and 2019, 32,628 reports of violence were registered, of which 50.4% correspond to physical violence, 19.9% to psychological violence, 15.1% to neglect and abandonment type violence and 8.8 % sexual violence. Furthermore, 71.2% of victims of violence are brown people and 67% are women. Children under 5 years old account for 72.4% of victims of neglect and abandonment, while women between 10 and 20 years old account for 94.2% of victims of sexual violence. Regarding psychological and physical violence, people aged between 15 and 49 are the most affected, representing

67.8% and 70.1% of cases, respectively. 53.5% of cases of violence occur in a residential environment and 30.8% of victims are taken to the clinic to receive health care. Among the data collected, 60.7% of the notifications correspond to white people, not applicable and ignored. Conclusion: the data available in the information systems discriminate large percentages of victims affected by this problem in the state of Paraíba, allowing us to know the dimensions of this phenomenon in the state, however, the amount of suppressed data is exacerbated, which makes it impossible to carry out an in-depth analysis of the violence factor and its total impacts..

Keywords: Violence; Health Information Systems; Health Profile

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno com impacto de escala mundial, multideterminado histórica, cultural e socialmente que desempenha papel significativo no processo saúde doença dos indivíduos que a vivenciam (MENDONÇA et al, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS), define a violência como:

uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. (WHO, 1996, p. 5).

Como forma de ampliação do conceito de violência Dahlberg e Krug (2007) da área utilizam palavras chave como poder e ameaça; uma vez que, além da definição geral existem ainda classificações utilizadas para agrupar os tipos de violência, a saber: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva; além disso a violência é classificada ainda quanto a natureza dos atos sendo: 1) física; 2) sexual; 3) psicológica; 4) relacionada à privação ou ao abandono. (DAHLBERG e KRUG, 2007).

Os impactos da violência atingem diversos setores sociais com destaque para educação e saúde. As expressões da violência impactam diretamente o setor de saúde quando afeta a saúde coletiva e individual, demandando esforços pautados no planejamento para o combate e a redução dos níveis de violência, como expressa a Organização Pan-americanas de Saúde:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (OPAS, 1994, p. 5).

Sendo assim, violência como problema de saúde pública relaciona-se diretamente aos níveis de morbimortalidade para os indivíduos acometidos (BRASIL, 2016). Cada grupo populacional sofre com um tipo de violência diferente, sendo a violência sexual o tipo mais incidente entre a população feminina, enquanto que os homens são mais atingidos por acidentes de trânsito e violência por arma branca ou de fogo; com relação aos adolescentes e idosos, verifica-se que a maioria sofre com negligência e abandono familiar (MENDONÇA, et al., 2020).

Nessa perspectiva, as políticas e leis de enfrentamento à violência são pautadas nos constructos sociais, tendo como foco as violências prevalentes para cada grupo populacional (SOUSA et al, 2020). Devido ao alto nível de violência nos diversos tipos populacionais as políticas de atenção integral a saúde da mulher, da criança e do adolescente, da população idosa, da população LGBTQIA+, da saúde do homem, da população privada de liberdade, população negra e da população de rua promove mecanismos pautados na cultura de paz objetivando reduzir os danos de violência no Brasil e impactar esse fenômeno positivamente reduzindo assim os casos; além disso o país dispõe atualmente de duas leis nacionais específicas a violência sendo a Lei 11.340/2006 (Maria da Penha) que criminaliza os casos de violência doméstica e intrafamiliar; e a lei 13.010/2014 (Menino Bernardo) que garante

a criança e ao adolescente o direito de serem educados e cuidados isentos de castigos físicos e tratamentos cruéis.

Percebendo o aumento dos casos de violência no Brasil o Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 1.356/2006, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) como iniciativa ao enfrentamento das causas externas ao Sistema Único de Saúde, visando também o levantamento epidemiológico das notificações de violência (BRASIL, 2016). O Sistema VIVA abrange dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquérito) (BRASIL, 2016), ele classifica ainda os tipos de violência sendo elas: violência física; violência psicológica e moral; violência tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira e econômica; violência negligência e abandono; trabalho infantil e intervenção legal (BRASIL, 2016).

Reconhecendo a importância dos dados de violência para o enfrentamento deste fenômeno, bem como melhoria, das políticas públicas e da qualidade de vida populacional, este trabalho objetiva traçar o perfil epidemiológico das notificações de violência no estado da Paraíba.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Breve histórico da violência no Brasil

Historicamente o Brasil possui raízes violentas iniciadas na colonização com a tomada de terras já habitadas e imposição de uma cultura estrangeira aos nativos; além da cristianização dos povos que aqui já viviam assim como dos que foram trazidos involuntariamente; a escravização e, a ruptura de costumes e usos. (SANTOS, 2018).

Após muitos anos de luta as pessoas negras e os povos indígenas conseguiram conquistar direitos básicos como moradia e trabalho remunerado o que não sanou o racismo e a misoginia ainda enfrentada no país. Muitos outros tipos de violência são recorrentes no âmbito nacional, também associados ao histórico mundial e nacional como a violência de gênero; pautada no machismo que prega a soberania biológica e social do sexo masculino sobre o feminino, no período pós monarca as mulheres eram impedidas de ter acesso a direitos como o voto e educação (BERNASKI; SOCHODOLAK, 2018).

De igual modo anterior, as crianças e adolescentes não tinham garantias de direitos como educação, lazer e saúde; eram submetidas ao trabalho pesado em indústrias e comércios e sofriam duras punições físicas e psicológicas, cresciam com traumas irrevogáveis e não tinham voz na sociedade, em 13 de julho de 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, foi publicado trazendo um conjunto de normas jurídicas que garantiram a esse público direitos e deveres sociais passando assim a serem respeitados (AZEVEDO; BAZON, 2021).

Devido ao histórico do país grande parte da expressão de violência que temos hoje vem das relações sociais que foram estabelecidas aqui, a exemplo do racismo que é considerado por historiadores uma condição enraizada socialmente, assim como a intolerância religiosa devido a soberania da cultura cristã imposta pelos colonizadores portugueses (BERNASKI; SOCHODOLAK, 2018).

Mediante o cenário exposto, as lutas nacionais contra os atos violentos somadas as reformulações sociais e do sistema de saúde criaram mecanismos para enfrentar

esse fenômeno, mecanismos estes que se inserem em diversos ambientes inclusive na saúde, como os tópicos inseridos nas políticas de saúde direcionadas a grupos populacionais e aparatos legais que preveem acolhimento, atendimento, manejo e reabilitação para a população vítima de violência.

2.2 Vigilância em saúde das violências

Dado o perceptível aumento dos casos de homicídio no país, em 2001 foi promulgada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV (BRASIL, 2001), em seguida surgiu a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde que foi implantada em diversos municípios do País (BRASIL, 2004). As discussões sobre a temática cresceram e tomaram proporções multiministeriais e diante disso surgiu a lei Maria da penha em 2006, que foi um marco para o combate contra a violência doméstica, além disso em 2011 foi promulgada Política Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra as Mulheres (BRASIL, 2011) e o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2018).

Com a publicação da portaria MS/GM nº 1.356/2006 houve a implantação do Sistema VIVA e iniciou-se a implantação dos serviços de referência para casos de violência; em 2011 as notificações de violência passaram a fazer parte da Lista de Notificação Compulsória fazendo parte assim do SINAN, então em 2014 quando foi publicada a nova lista de agravos e notificações a violência por meio da Portaria MS/GM nº 1.271 foi inserida como sendo de notificação compulsória com destaque para violência sexual que passou a ser notificação imediata em até 24 horas (BRASIL, 2014).

Com a inserção do sistema VIVA houve uma articulação com os diversos níveis de atenção à saúde visando capacitar os profissionais para realizarem as notificações corretamente. A notificação de violência é realizada mediante o preenchimento da ficha de notificação que foi elaborada em duas versões para atender os dois componentes VIVA/SINAN correspondente a violências interpessoal/autoprovocada e VIVA/INQUÉRITO correspondente a notificações em unidades de urgência e emergência, as fichas são organizadas em blocos e cada bloco possui campos, os campos por sua vez podem ser do tipo obrigatório que não pode deixar de ser preenchido; campo essencial que não exige obrigatoriedade mas auxilia na obtenção de dados epidemiológicos importantes para traçar perfis em saúde e; campo chave que identifica o registro no sistema (BRASIL, 2016).

Em 10 de dezembro de 2019 a lei nº 13.931 tornou obrigatória a comunicação às autoridades policiais dos casos em que houverem indícios ou constatações de violência contra a mulher com prazo máximo de 24 horas, essa mudança objetivou acelerar o processo de atendimento da mulher vítima de violência no sentido de disponibilizar a Profilaxia Pós Exposição ao HIV - PEP (BRASIL, 2019). Além disso as violências contra crianças e idosos também devem ser notificadas as autoridades policiais e/ou judiciais segundo os respectivos estatutos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2003).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um descritivo transversal de abordagem quantitativa, sobre o perfil epidemiológico das notificações de violência interpessoal, como local de estudo foram selecionadas as macrorregiões de saúde do estado da Paraíba. A Paraíba conta com

3 macrorregiões de saúde: João Pessoa com 1.952.127 habitantes; - Campina Grande com 1.127.117 habitantes; a terceira conta com sede em Patos (sertão) e Souza (alto-sertão) que juntas possuem 946.314 habitantes (PARAÍBA, 2018).

Para tanto, foram utilizados dados secundários de violência interpessoal registrados DATASUS/SINAN no período temporal compreendido entre 2009 e 2019. A extração de dados foi realizada online por meio do portal <http://portalsinan.saude.gov.br/>. Após a extração, os dados foram organizados em planilhas no *software* Excel for Windows® e submetidos a análise descritiva mediante a utilização de frequência absoluta e relativa posteriormente agrupados em tabelas para melhor visualização dos resultados.

Mediante a análise foram selecionados os quatro tipos de violência mais incidentes: violência física, violência psicológica, violência sexual e violência negligência e abandono.

Para este estudo foram analisadas as seguintes variáveis da violência: incidência por macrorregião de saúde, local de ocorrência da violência e encaminhamento ao setor saúde para vítimas de violência; da vítima: sexo, raça, escolaridade, faixa etária; das variáveis foram quantificados também os registros nulos, brancos e não aplicados.

Tomando como base a Resolução 466/12, considera-se que a pesquisa tem riscos mínimos, espera-se que os resultados desse estudo tracem o perfil epidemiológico das notificações de violência no estado da Paraíba bem como sirvam como subsídio teórico-metodológico pesquisas do mesmo cunho no estado ou em locais com características semelhantes. Portanto compreende-se que a pesquisa trará mais benefícios que malefícios a população.

4 RESULTADOS

Reportam-se 32.628 notificações de violência no estado da Paraíba no período temporal de 2009 a 2019. Os tipos de violências mais frequentes totalizam 94,2% (n=30.741), 50,4% correspondem a violência física; 19,9% a violência psicológica; 15,1% a violência do tipo negligência e abandono; 8,8% violência sexual.

A tabela 1 apresenta a frequência das variáveis segundo as características da violência. A macrorregião I detém 74,8% das notificações com destaque para negligência e abandono que somam 97,3% das notificações; com relação as demais variáveis; observa-se que 53,9% das vítimas são violentadas na própria residência enquanto que 23% são agredidas em via pública; os encaminhamentos ambulatoriais correspondem a 30,8% das notificações sendo a violência sexual a que menos hospitaliza apenas 5,1% das vítimas; a soma das colunas de ignorados, em branco e não se aplicam da seção encaminhamentos em saúde corresponde a 60,7% das notificações.

Tabela 1 – Frequência das notificações de violência, segundo características da violência Paraíba, Brasil, 2009-2019

VARIÁVEIS	TIPOS DE VIOLÊNCIA			
	Física (%)	Psicológica (%)	Negligência/abandono (%)	Sexual (%)
Macrorregião de saúde				
Macro I	11811 (71,8)	4246 (65,5)	4796 (97,3)	2150 (74,4)
Macro II	2690 (16,3)	1613 (24,9)	99 (2)	578 (20)

Macro III	1945 (11,8)	621 (9,6)	32 (0,65)	160 (5,5)
Local de ocorrência da violência	Física (%)	Psicológica (%)	Negligência/abandono (%)	Sexual (%)
Residência	7125 (43)	3938 (60,4)	4123 (83,4)	1361 (46,6)
Habitação coletiva	109 (0,6)	41 (0,6)	9 (0,1)	30 (1)
Escola	195 (1,1)	90 (1,4)	8 (0,1)	31 (1)
Local de pratica esportiva	52 (0,3)	14 (0,2)	1 (0,02)	13 (0,4)
Bar ou Similar	538 (3,2)	102 (1,6)	2 (0,04)	32 (1)
Via pública	5369 (32,3)	1020 (15,6)	219 (4,4)	481 (16,5)
Comércio/Serviços	121 (0,7)	68 (1)	7 (0,1)	21 (0,7)
Indústrias/construção	25 (0,1)	13 (0,2)	--	12 (0,4)
Outros	673 (4)	544 (8,3)	89 (1,8)	437 (14,9)
Ignorado	2276 (13,7)	662 (10,1)	478 (9,7)	352 (12)
Em Branco	4055 (24,5)	1634 (25)	3152 (63,8)	702 (24)
Encaminhamento ao setor de saúde	Física (%)	Psicológica (%)	Negligência/abandono (%)	Sexual (%)
Encaminhamento ambulatorial	1765 (10,6)	238 (3,6)	467 (9,4)	150 (5,1)
Internação hospitalar	592 (3,6)	738 (11,3)	98 (2)	237 (8,1)
Não se aplica	421 (2,5)	359 (5,5)	64 (1,3)	140 (4,8)
Ignorado	9738 (58,8)	3547 (54,4)	1162 (23,5)	1688 (53,9)
Em Branco				

Fonte: Produzida pelo autor com base nos dados retirados do DataSUS, 2022.

A tabela 2 demonstra a frequência das notificações de violência com relação as variáveis sociodemográficas das vítimas. Quanto ao sexo das vítimas o público feminino é o mais acometido por violências do tipo sexual e psicológica totalizando 94,2% e 84,2% respectivamente, a população masculina por sua vez é a mais acometida pela violência do tipo negligência e abandono totalizando 52,2% das notificações; 67,6% das vítimas de violência são pardas; As vítimas analfabetas são as menos atingidas com 7,6% das notificações enquanto que as vítimas com ensino fundamental incompleto são as mais atingidas com 55,3% das notificações, a soma das colunas ignorado/branco e NA chamam atenção pois possuem 53,5% das notificações. As vítimas com idade entre 20 a 29 anos são as mais atingidas pela violência no estado da Paraíba com 18,6%, entretanto, quando isolada a violência do tipo negligência e abandono as crianças de 1 a 4 anos correspondem a 42,9% das vítimas.

Tabela 1 - Frequência das notificações de violência, segundo variáveis sociodemográficas das vítimas Paraíba, Brasil, 2009-2019.

VARIÁVEIS	TIPOS DE VIOLÊNCIA			
	Física (%)	Psicológica (%)	Negligência/abandono (%)	Sexual (%)
Sexo da vítima				

Feminino	10134 (61,6)	5484 (84,2)	2360 (47,7)	20275 (94,2)
Masculino	6424 (38)	1022 (15,7)	2583 (52,2)	169 (5,8)
Raça da vítima	Física (%)	Psicológica (%)	Negligência/abandono (%)	Sexual (%)
Branca	1923 (11,6)	1640 (25)	311 (6,2)	658 (22,5)
Preta	808 (4,8)	690 (10,5)	85 (1,7)	299 (10,2)
Amarela	177 (1)	65 (1)	11 (0,2)	34 (1,1)
Parda	12222 (74)	3541 (53,3)	4425 (89,5)	1805 (61,8)
Indígena	122 (0,7)	24 (0,3)	36 (0,7)	17 (0,6)
Ign/Branco	1279 (7,7)	556 (0,5)	75 (1,5)	104 (3,6)
Escolaridade da vítima	Física (%)	Psicológica (%)	Negligência/abandono (%)	Sexual (%)
Analfabeto	283 (1,7)	107 (1,6)	165 (3,3)	31 (1)
1ª a 4ª série incompleta do EF	751 (4,5)	464 (7,1)	96 (1,9)	259 (8,8)
4ª série incompleta do EF	544 (3,3)	229 (3,5)	16 (0,32)	90 (3)
5ª a 8ª série incompleta do EF	2660 (16)	814 (12,5)	165 (3,3)	700 (24)
Ensino fundamental completo	750 (4,5)	339 (5,2)	29 (0,6)	116 (4)
Ensino médio incompleto	945 (5,7)	492 (7,5)	53 (1)	263 (9)
Ensino médio completo	1224 (7,4)	878 (13,5)	69 (1,4)	362 (12,4)
Educação superior incompleta	307 (1,8)	309 (4,7)	19 (0,4)	154 (5,3)
Educação superior completa	328 (1,9)	333 (5,1)	35 (0,7)	113 (3,9)
Ign/Branco	8036 (48,5)	2382 (36,5)	443 (9)	607 (20,8)
Não se aplica	743 (4,5)	169 (2,6)	3853 (78)	222 (7,6)
Faixa etária da vítima	Física (%)	Psicológica (%)	Negligência/abandono (%)	Sexual (%)
Menor de 1A	273 (1,6)	44 (0,7)	1459 (29,5)	19 (0,6)
1 A 4	292 (1,8)	71 (1)	2121 (42,9)	117 (4)
5 A 9	224 (1,4)	100 (1,5)	100 (2)	139 (8,1)
10 A 14	886 (5,3)	362 (5,5)	62 (1,2)	775 (26,6)
15 A 19	3444 (20,8)	803 (12,3)	31 (0,6)	386 (13,2)

20 A 29	3510 (20,2)	1609 (24,7)	58 (1,1)	546 (18,7)
30 A 39	2793 (16,8)	1382 (21,2)	90 (1,8)	334 (11,4)
40 A 49	1482 (8,9)	773 (11,9)	53 (1)	158 (5,4)
50 A 59	626 (3,8)	387 (5,9)	25 (0,5)	67 (2,3)
60+	866 (5,2)	322 (4,9)	686 (13,8)	28 (0,9)
Ignorado	21752 (13,1)	663 (10,2)	258 (5,2)	348 (11,9)

Fonte: Produzida pelo autor com base nos dados retirados do DataSUS, 2021.

A tabela 3 corresponde as variáveis ciclo de vida do autor, observamos o auto percentual na coluna de ignorados que supera os percentis das demais variáveis, com destaque para a violência do tipo negligência que registra 94,4%.

Tabela 3 - Frequência das notificações de violência, segundo ciclo de vida do autor Paraíba, Brasil, 2009-2019.

VARIÁVEIS	TIPOS DE VIOLÊNCIA			
	Física (%)	Psicológica (%)	Negligência/abandono (%)	Sexual (%)
Ciclo de vida do autor				
Criança	77 (0,5)	29 (0,4)	19 (0,4)	1813 (62,1)
Adolescente	665 (4)	214 (3,2)	31 (0,6)	279 (9,6)
Jovem	1331 (8)	509 (7,8)	52 (1)	303 (10,4)
Pessoa adulta	3503 (21,1)	1355 (20,8)	158 (3,2)	467 (16)
Idoso	149 (0,9)	55 (0,8)	13 (0,3)	17 (0,6)
Ignorado	10846 (65,4)	4354 (66,8)	4670 (94,4)	1813 (62,1)

Fonte: Produzida pelo autor com base nos dados retirados do DataSUS, 2021.

5 Discussões

A macrorregião I corresponde a cidade de João Pessoa capital do estado da Paraíba, proporcionalmente é a região que tem maior índice populacional com 1.952.127, podendo explicar o significativo volume de notificações (PARAÍBA, 2018). Segundo o IPEA (2019) as cidades com maior número populacional tendem a ser mais violentas, isso se deve aos multifatores existentes nos grandes centros urbanos como a pobreza e o baixo nível de escolaridade, os municípios brasileiros que ocupam posições de destaque no ranking da violência possuem população com mais de 1.000.000 de habitantes como exemplo de Fortaleza e a São Paulo.

No Brasil, 46,4% dos casos de violências ocorrem no ambiente residencial da vítima, essa realidade acomete principalmente mulheres (SANTOS et al., 2020), crianças e adolescentes (LEITE et al., 2016) e idosos (BARROS et al., 2019).

Os encaminhamentos aos setores de saúde são dados subnotificados no estado da Paraíba. As vítimas de violência ao serem acolhidas no sistema de saúde devem ser acolhidas, atendidas/encaminhadas aos serviços de referência, faz-se

necessário o trabalho interdisciplinar da equipe de saúde para que as demandas sejam atendidas (RIO DE JANEIRO, 2020).

Os serviços de saúde atendem majoritariamente vítimas de violência doméstica e sexual; com relação ao atendimento na Atenção Básica os encaminhamentos são aos profissionais psicólogos além do atendimento ambulatorial; já na Atenção Secundária as vítimas são atendidas nas maternidades que são os hospitais de referência, onde inicia-se o protocolo de Profilaxia Pós Exposição em vítimas atendidas em até 72 horas (DEZLIOVO et al., 2018). As crianças vítimas de violência são acolhidas principalmente na atenção básicas e onde ocorrem as notificações e os encaminhamentos são realizados aos órgãos jurídicos como o Ministério Público e sociais como o Conselho Tutelar (EGRY et al., 2017).

A violência contra mulher é um problema social e de saúde pública que causa a vítima danos, físicos, morais, e se apresenta como fator de risco para adoecimentos futuros principalmente os de ordem psicológica (DEZLIOVO et al., 2018). Ainda segundo Dezlivo (et al., 2018) O parceiro íntimo das vítimas de agressão do sexo feminino se enquadra como principal perpetrador, 43% das mulheres brasileiras afirmam ter sofrido algum tipo de violência impetrada por um homem sendo essa predominantemente de ordem psicológica seguida da sexual.

Segundo o Atlas da Violência (IPEA, 2020) a população parda é nacionalmente mais atingida pela violência, principalmente a violência física. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) expõe que 98,5% dos casos de violência no Brasil atingem a população negra ou parda, a maioria das vítimas está na faixa etária de 15 a 29 anos e mais de 50% das vítimas pardas de violência tiveram como desfecho o óbito (IBGE, 2019). Com base nesses fatores a Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Negra prevê mecanismos de combate às violências e discriminações voltadas às pessoas pardas ou negras, visto que essa população sofre por violências atribuídas a discriminação racial, e comprovadamente é o grupo mais atingido por homicídios (BRASIL, 2017). Com relação à escolaridade, as pessoas com o ensino fundamental incompleto ou médio incompleto são as mais atingidas pela violência, são também as que mais se envolvem com a violência, relacionando a evasão escolar como fator determinante ao crescimento dos níveis de violência, principalmente física (IPEA, 2020).

Segundo Souto (et al., 2018), os adolescentes e jovens com faixa etária de 15 a 39 anos ocupam o primeiro lugar das vítimas de homicídio e óbito por homicídio; a região norte e nordeste detém o maior número dessas vítimas, adolescentes do sexo feminino aparecem como sendo as maiores vítimas de violência física e sexual e estão, na maioria das vezes residentes em periferias com grande grau vulnerabilidade social. A violência quando acomete crianças e adolescentes causam danos irreversíveis para o desenvolvimento social, cognitivo, comportamental, físico e psicológico, deixando por vezes marcas irreversíveis nas vítimas (BRASIL, 2018).

No tocante à autoria dos atos violentos o IPEA (2020) afirma que, o impetrador geralmente é um parente próximo da vítima, em caso de violência contra mulher é comum que seja o parceiro íntimo ou pai relacionando ao ciclo de vida podemos afirmar que são pessoas jovens/adultas; já em relação à violência sofrida por crianças, adolescente e idosos o autor é em geral o cuidador mais próximo sendo também pessoa adulta.

A notificação das violências configura uma estratégia de vigilância em saúde, possibilitando assim traçar o perfil de violência e dessa forma fomentar a criação de novas ferramentas legais para o enfrentamento da violência (GARBIN, 2015). Para Garbin (2015) o preenchimento das fichas de notificação é ainda muito falho, muitos

campos são deixados em branco ou são ignorados pelos profissionais além dos casos que não são notificados por medo de retaliações dos agressores tanto às vítimas quanto aos profissionais; ainda quanto as subnotificações muitos profissionais encontram dificuldades no preenchimento e nos encaminhamentos, isso poderia ser sanado com a implementação de fluxogramas e protocolos que guiassem essa assistência. Na Paraíba observamos que as tabelas apontando altos índices de dados em branco e/ou ignorados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Paraíba o perfil epidemiológico das notificações de violência demonstra que as vítimas são mulheres de 15 a 39 anos, pessoas pardas com baixo nível de escolaridade, crianças entre 1 e 4, violência predominantemente residencial e altos níveis de dados em branco, nulos ou não preenchidos.

A violência apresenta-se a sociedade em diversas faces, de forma que é uma grave ameaça à saúde pública, o sistema de notificação aparece como uma ferramenta que possibilita traçar o perfil dessa violência e determinar medidas para combatê-la de forma eficaz.

Apesar de todo progresso alcançado no cenário da violência nacional ainda se tem muito a fazer, constatamos lacunas no que cerne o preenchimento das fichas de notificação compulsória de violência, principalmente relacionadas aos encaminhamentos em saúde, os dados brancos e nulos superam em diversas variáveis os demais dados.

Evidenciamos ainda que fatores como a predominância da violência sexual contra a mulher e a violência do tipo negligência e abandono contra crianças, são padrões que se repetem ao longo da história, a nacional e estadual.

Esta pesquisa avança no sentido de conhecer os dados epidemiológicos da violência no estado da Paraíba e compreendendo os fatores que a definem, bem como, ela se apresenta a esta sociedade, espera-se portanto que ela contribua para o melhor entendimento do perfil das notificações de violência da Paraíba, bem como a discussão da temática violência e a compreensão dos amplos fatores que este fenômeno trás para a sociedade.

REFERENCIAS

AZEVEDO, R. N., BAZON, M. R. Pais/Cuidadores Com e Sem Histórico de Abuso: Punições Corporais e Características Psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 41, n., p. 1-16,2021.

BARROS, R. L. M et al. Domestic violence against elderly people assisted in primary care. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p.793-804, 2019.

BERNASKI, J.; SOCHODOLAK, H. História Da Violência e Sociedade Brasileira. **Oficina do Historiador**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 43-60, 2018.

BRASIL. Portaria nº 1271, de 6 de julho 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**. Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. **Dispões sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher**. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Portaria 936, de 18 de Maio de 2004. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios**. Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – **27. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Ministério da saúde, Brasília, v. 24, n. 49, p. 1-17, 2018.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violence: a global public health problem. **Ciênc.**

Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 11(sup), p. 11163-11781, 2007.

DELZIOVO, C. R.; et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1687-1696, 2018.

EGRY; E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem ? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.70, n.1, pp. 119-125, 2017.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015.

IPEA. **Atlas da Violência 2020**. Brasília: ME; 2020.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro 2019.

IPEA. Nota técnica. **Indicadores Multidimensionais de Educação e Homicídios nos Territórios Focalizados pelo Pacto Nacional pela Redução de Homicídios**. Brasília: MPOG; 2016

LEITE, J. T. et al. Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016.

MENDONÇA, C. S.; MACHADO, D. F.; ALMEIDA, M. A. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Violence and health: resolution**. Washington, 1994.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº43/18 de 25 de junho de 2018. **Aprova a Nova Definição das Macrorregiões de Saúde no Estado da Paraíba**. Paraíba, 2018.

RIO DE JANEIRO. **Protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência**. Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020.

SANTOS, A. P.; BEVILACQUA, P. D.; MELO, C. M. Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n.125, p.569-579, 2020.

SANTOS, F. O. Diversidade e perenidade da violência no Brasil. **Revista de História**, São Paulo, n. 177, p. 1-10, 2018.

SOUZA, E. R.; PINTO, L. W.; NJAINE, K.; SILVA, A. Contribuição da literatura sobre a temática violência e saúde nos 25 anos da Ciência & Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p. 4791-4802, 2020.

SOUTO, D. F.; ZANIN, L.; AMBROSANO, G. M. B.; FLÓRIO, F. M. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71(Sup 3), p.1313-1323, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus todo poderoso idealizador e consumidor dos meus sonhos.

Aos meus pais Vanuza Oliveira e Francisco Melo por cuidarem de mim em todos os momentos, física e espiritualmente e, por todo apoio, dedicação e amor doados a mim nesta longa caminhada.

Ao meu irmão Círio por ser meu companheiro, amigo, confidente e suportar todas as minhas crises e acalantar meu coração.

Aos meus tios Aione, Clóvis, Maria das Graças e Ginalva por todas as palavras de ânimo e amparo.

Aos meus primos que são como irmãos Maria Eduarda, Maria Gabriela, Maria Luiza, Terceiro, Isabely, Katiúcia por todas as palavras de força nos momentos que pensei em desistir.

À Vinicius Emanuel pelas palavras de incentivo, pela sua dedicação em me fazer continuar durante a escrita deste trabalho.

Aos meus amigos Elias, Ricalrly, Laissa, Thaysllana e Felipe que mesmo com a distância continuaram ao meu lado me apoiando.

Às minhas colegas e irmãs do coração Caroline, Estefanny e Isabelle que durante todos esses anos sorriram e choraram comigo na academia.

À orientadora Prof. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, que desde o primeiro encontro na graduação me inspira a ser uma profissional melhor todos os dias, por todos os conselhos e apoio durante esses anos e por todo aprendizado que me foi ofertado nesta caminhada.

Às professoras componentes da banca, por prontamente aceitarem o convite.

À todas as pessoas não citadas aqui mas que direta ou indiretamente me apoiaram na minha trajetória. Gratidão!