

VULNERABILIDADE SOCIAL E VIOLÊNCIA: PERFIL DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIAS

SOCIAL VULNERABILITY AND VIOLENCE: PROFILE OF VICTIMS OF VIOLENCE ATTENDED IN AN EMERGENCY HOSPITAL

SILVA, Patrícia Aparecida¹

SILVA, Cleiton Bueno²

MARINHO, Tanimar Pereira Coelho³

1. Ministério da Saúde; Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.
2. Tutor em Farmácia do Programa de residência multiprofissional da SES/GO.
3. Tutora em serviço social do programa de residência multiprofissional SES/GO.

Resumo: A violência é um problema mundial de saúde, que resulta em impactos na sociedade e nas transformações das relações humanas, repercutindo na elevação dos índices de mortalidade. O objetivo do estudo foi descrever o perfil das vítimas de violência atendidas em um hospital de urgência, correlacionando aos fatores de risco para a violência. O estudo é descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, utilizaram-se os dados da notificação de violências realizadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar entre janeiro a dezembro de 2017. Foram analisadas 671 notificações por violências, e as variáveis agrupadas em: dados sociodemográficos, dados sobre o agravo e desfecho do atendimento, a amostra foi submetida à análise estatística descritiva e cálculos das frequências absolutas e relativas. Os resultados apresentaram maior atendimento nos serviços de urgência aos adolescentes do sexo masculino, vítimas de perfuração por arma de fogo. A partir dos resultados, observa-se a necessidade da implantação de políticas públicas eficazes no enfrentamento da violência e redução das desigualdades sociais, através de ações visando maior participação dos adolescentes para sua ascensão social, como produto do acesso e garantia de seus direitos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social; violência; políticas públicas de saúde; emergências.

Abstract: Violence is a global health problem that results in impacts on society and the transformations of human relations, with repercussions on the elevation of mortality rates. The objective of the study was to describe the profile of the victims of violence attended in an emergency hospital, correlating to the risk factors for violence. The study was descriptive, cross-sectional, with a quantitative approach. It was used data from the notification of violence carried out by the Nucleus of Hospital Epidemiological Surveillance between January and December 2017. 671 reports of violence were analyzed, and the variables were grouped in: socio- data on the aggravation and outcome of care. The sample was submitted to descriptive statistical analysis and calculations of the absolute and relative frequencies. The results showed a greater attendance in the emergency services to the male adolescents, victims of firearm drilling. Based on the results, it is necessary to implement effective public policies to combat against violence and reduce social inequalities, through actions aiming at increasing the participation of adolescents in their social ascension, as a product of access and guarantee their rights.

Keywords: Social vulnerability; violence; public health policies; emergencies.

INTRODUÇÃO

A violência é uma problemática social presente no seio da sociedade desde sua formação, sendo declarada como um dos principais problemas de saúde pública a partir da resolução WHA 49.25, aprovada na Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, onde foi solicitado a Organização Mundial de Saúde – OMS, uma tipologia que descrevesse os diferentes tipos de violência, bem como, os vínculos entre eles¹.

Assim, a OMS classifica a violência em três grupos segundo quem comete o ato violento: (I) Violência autoprovocada – ato de violência contra si mesmo; (II) violência coletiva – violência cometida por grandes grupos ou pelo Estado e a (III) violência interpessoal – ato violento cometido por outra pessoa ou por pequeno grupo de pessoas¹.

Este último tipo de violência subdivide-se em duas categorias: (a) violência intrafamiliar – ocorre entre os membros da família ou parceiros íntimos, podendo o ato violento ocorrer dentro ou fora de casa, (b) violência comunitária – ocorre entre pessoas sem laços de parentesco seja consanguíneo ou não, por pessoas conhecidas ou desconhecidas e geralmente, a violência ocorre fora de casa^{1, 2}. A violência é definida pela OMS como o uso intencional da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação^{1, 3}.

A violência tem sido objeto de diversos estudos, por causar grande impacto no contexto da sociedade bem como nos serviços: sociais, saúde e justiça. Em 2013 foram registrados mais de um milhão de internações por causas externas (violências e acidentes) nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, essas causas representam a terceira posição no conjunto de óbitos registrados no Brasil e a primeira entre a população de 1 a 49 anos de idade. Sendo que, nos casos de mortalidade por violência, o homicídio ocupa a primeira posição, totalizando 37,4% dos óbitos nesse período⁴.

Além de afetar a saúde individual e coletiva, a violência onera o sistema de saúde, causando impacto direto no seu orçamento, em 2014 a estimativa foi de 1,3 bilhão de reais apenas em internações por causas externas⁴. Valor pífio se for levado em consideração os custos indiretos devido a impactos sociais, previdenciários e econômicos.

Embora a violência não afete apenas determinados extratos sociais, a condição de pobreza e desigualdade social é apontado como fatores de risco para a violência, haja vista que países que apresentam baixa renda entre a população são os que possuem maiores taxas de criminalidade⁵. Contudo, outros fatores condicionam a sociedade à violência, seja a fragilidade jurídica e política na promoção, proteção e/ou garantia de direitos de cidadania, questões econômicas, políticas e culturais, além da indisponibilidade de recursos materiais e equipamentos sociais, tornando os sujeitos mais vulneráveis ao sofrimento e morte^{6, 8}.

Dessa forma, compreender as causalidades para a violência tem sido um desafio para estudiosos e gestores das áreas de segurança pública e saúde. Nesse sentido o Ministério da Saúde (MS) implantou através da Portaria MS/GM nº 1.356 de 23 de junho de 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual é constituído por dois componentes: I) Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e II) Vigilância de Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito)⁹.

Diante ao exposto, o objetivo do estudo foi descrever o perfil de pacientes vítimas de violência atendidos em um hospital de urgências e emergências identificando a relação de vulnerabilidade social ao risco para a violência, visando a propagação da informação de modo a contribuir para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção aos cidadãos vulneráveis às violências.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo transversal, realizado em um hospital referência em traumatologia, que presta atendimentos de urgência e emergência de média e alta complexidade, integrando os serviços de vigilância de violências e acidentes no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 3.111.710. O mesmo emprega dados oriundos do SINAN, sendo objeto de notificação a suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e homofobia em todas as idades.

Todavia, os casos de violência extrafamiliar/comunitária foram notificados apenas as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis ou Transgêneros (LGBT). Os casos de violência comunitária envolvendo pessoas adultas (20 a 59 anos) do sexo masculino,

como briga entre torcidas de futebol, gangues e outras, não são notificáveis, pois esses tipos de violências são monitorados por meio de outros sistemas de informação.

O público alvo deste estudo foram os pacientes admitidos entre janeiro a dezembro de 2017, acometidos por algum tipo de violência e notificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), a qual está incluso no Banco do SINAN. Foram excluídos deste estudo pacientes com dados incompletos ou por duplicidade de informação.

Após triagem foram coletados os dados quanto às variáveis sociodemográficas, natureza da violência e desfecho. Para a primeira, as variáveis foram quanto ao grupo etário/idade, sexo, município de residência, escolaridade, etnia e ocupação. Em um segundo momento, os dados foram referentes ao tipo de violências, agressor e formas/meios para a agressão e, por último, foram extraídos os dados sobre a evolução clínica do paciente, identificando a presença e ausência de óbito no atendimento.

As variáveis foram codificadas e organizadas em planilhas no programa Microsoft Excel, versão 14.2.5, e posteriormente submetidos ao tratamento estatístico de padrão descritivo, e aos cálculos das medidas de frequência absoluta e relativa por meio do programa Statistical Package Social Sciences – SPSS versão 23. Os dados foram analisados por grupo etário, segundo dados sociodemográficos, natureza da violência e desfecho.

RESULTADOS

O NVEH notificou 795 casos de pacientes admitidos em 2017 nos serviços de urgência em decorrência de violências, destes foram excluídas 124 notificações por dados incompletos ou não inseridas no SINAN, totalizando uma amostra de 671 casos efetivamente analisados.

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Entre o grupo etário de crianças observou-se que, a maioria das admissões era do sexo feminino (53,3%), residentes no município de Goiânia-GO, o que talvez possa se justificar segundo a localidade da unidade hospitalar. As crianças não estavam em idade escolar

(86,7%) e quanto à etnia prevaleceram atendimentos as crianças negras/pardas, o que é semelhante aos demais grupos (tabela 1).

Quanto ao atendimento aos adolescentes, 85,6% eram do sexo masculino, e possuíam escolaridade de 5 a 9 anos de estudo (52%) sendo que 39,2% permanecem frequentando uma unidade de ensino. Observou-se ainda que, no grupo etário de pessoas adultas atendidas, 58,5% eram do sexo feminino, essas vítimas apresentaram escolaridades entre 10 e 12 anos escolares e como ocupação, informaram ter uma profissão/trabalho (61,7%), porém não foi possível identificar se havia relação trabalhista a partir dos dados secundários (tabela. 1).

Já no grupo de idosos, o sexo masculino foi relativamente maior se comparados a idosos do sexo feminino, a baixa escolaridade é de se esperar, devido à falta de acesso a política de educação (tabela 1).

Tabela 1. atendimentos em serviços de urgência e emergência devido à violência segundo características sociodemográficas por grupo etário. Unidade hospitalar referência em urgência e emergência do Centro-Oeste Brasileiro, 2017.

Sexo		Grupo etário				Total
		Criança	Adolescente	Adulto	Idoso	
Masculino	N	14	262	119	42	437
	% em Sexo	3,2%	60,0%	27,2%	9,6%	100,0%
	% em Grupo etário	46,7%	85,6%	41,5%	87,5%	-
Feminino	N	16	44	168	6	234
	% em Sexo	6,8%	18,8%	71,8%	2,6%	100,0%
	% em Grupo etário	53,3%	14,4%	58,5%	12,5%	-
Total		30	306	287	48	671
Município de Residência						
Goiânia	N	13	162	159	16	350
	% Município	3,7%	46,3%	45,4%	4,6%	100,0%
	% Grupo etário	43,3%	52,9%	55,4%	33,3%	-
RMG	N	12	69	71	14	166
	% Município	7,2%	41,6%	42,8%	8,4%	100,0%
	% Grupo etário	40,0%	22,5%	24,7%	29,2%	-
Outro ^a município	N	4	75	56	17	152
	% Município	2,6%	49,3%	36,8%	11,2%	100,0%
	% Grupo etário	13,3%	24,5%	19,5%	35,4%	-
Outro estado ^b	N	1	0	1	1	3
	% Município	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	100,0%
	% Grupo etário	3,3%	0,0%	0,3%	2,1%	-
Total		30	306	287	48	671
Escolaridade						

Ignorado	N	26	18	29	5	78
	% Escolaridade	33,3%	23,1%	37,2%	6,4%	100,0%
	% Grupo etário	86,7%	5,9%	10,1%	10,4%	-
0 – 4	N	3	10	38	27	78
	% Escolaridade	3,8%	12,8%	48,7%	34,6%	100,0%
	% Grupo etário	10,0%	3,3%	13,2%	56,3%	-
5 – 9	N	1	159	93	8	261
	% Escolaridade	0,4%	60,9%	35,6%	3,1%	100,0%
	% Grupo etário	3,3%	52,0%	32,4%	16,7%	-
10 – 12	N	0	114	99	5	218
	% Escolaridade	0,0%	52,3%	45,4%	2,3%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	37,3%	34,5%	10,4%	-
> 12	N	0	5	28	3	36
	% Escolaridade	0,0%	13,9%	77,8%	8,3%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	1,6%	9,8%	6,3%	-
Total		30	306	287	48	671

Etnia

Branco	N	5	58	52	13	128
	% Etnia	3,9%	45,3%	40,6%	10,2%	100,0%
	% Grupo etário	16,7%	19,0%	18,1%	27,1%	-
Negro/Pardo	N	23	230	218	33	504
	% Etnia	4,6%	45,6%	43,3%	6,5%	100,0%
	% Grupo etário	76,7%	75,2%	76,0%	68,8%	-
Outros ^c	N	2	18	17	2	39
	% Etnia	5,1%	46,2%	43,6%	5,1%	100,0%
	% Grupo etário	6,7%	5,9%	5,9%	4,2%	-
Total		30	306	287	48	671

Ocupação

Trabalho	N	0	96	177	23	296
	% Ocupação	0,0%	32,4%	59,8%	7,8%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	31,4%	61,7%	47,9%	-
Estudante	N	6	120	12	0	138
	% Ocupação	4,3%	87,0%	8,7%	0,0%	100,0%
	% Grupo etário	20,0%	39,2%	4,2%	0,0%	-
Do lar	N	0	3	35	2	40
	% Ocupação	0,0%	7,5%	87,5%	5,0%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	1,0%	12,2%	4,2%	-
Outros ^d	N	24	87	63	23	197
	% Ocupação	12,2%	44,2%	32,0%	11,7%	100,0%
	% Grupo etário	80,0%	28,4%	22,0%	47,9%	-
Total		30	306	287	48	671

a) interior de Goiás e Entorno de Brasília; b) MG; c) indígenas e amarelos; d) situação de rua, privação de liberdade, ignorado. Fonte: Dados secundários, coletados a partir do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em unidade Sentinela de referência em Urgência e Emergência – 2017.

NATUREZA DA VIOLÊNCIA

Com relação ao tipo de violência percebe-se que crianças são as principais vítimas de violência por negligência no trânsito, devido à falta do uso de equipamentos de proteção e normas de trânsito e seu principal agressor integra o grupo familiar.

A violência autoprovocada é um problema crescente, e para amostra total, os adultos foram os que mais tentaram contra a própria vida, sendo 75% dos casos atendidos. Contudo a violência doméstica foi a que mais acometeu este grupo, 44,6% dos casos, semelhante ao grupo de crianças, onde o principal agressor integra o grupo familiar, o que difere, é o meio utilizado para o ato de violência contra pessoas adultas, sendo a arma branca, o mais utilizado (tabela 2).

Entre os grupos de pessoas idosas e adolescentes a agressão física foi o tipo de violência que mais vitimou esses grupos. Nos casos envolvendo idosos 46,8% foram atendidos devido espancamento, praticado por pessoas desconhecidas. Já os casos envolvendo adolescentes observou-se que para a amostra total, esse grupo foi o que mais sofreu violência (65,4%), seus agressores eram pessoas desconhecidas e utilizaram a arma de fogo (50,7%), como meio para a agressão conforme (tabela 2).

Tabela 2. Atendimentos em serviços de urgência e emergência devido à violência. Características do agravo por grupo etário. Unidade referência em urgência e emergência do Centro-Oeste Brasileiro, 2017.

Tipo de Violência		Grupo etário				Total
		Criança	Adolescente	Adulto	Idoso	
Autoprovocada	N	0	12	60	8	80
	% Tipo de violência	0,0%	15,0%	75,0%	10,0%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	3,9%	20,9%	16,7%	-
Agressão física	N	1	200	93	33	327
	% Tipo de violência	0,3%	61,2%	28,4%	10,1%	100,0%
	% Grupo etário	3,3%	65,4%	32,4%	68,8%	-
Violência doméstica	N	1	12	128	6	147
	% Tipo de violência	0,7%	8,2%	87,1%	4,1%	100,0%
	% Grupo etário	3,3%	3,9%	44,6%	12,5%	-
Negligência	N	28	66	2	1	97
	% Tipo de violência	28,9%	68,0%	2,1%	1,0%	100,0%
	% Grupo etário	93,3%	21,6%	0,7%	2,1%	-

Outros ^a	N	0	16	4	0	20
	% Tipo de violência	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	5,2%	1,4%	0,0%	-
Total		30	306	287	48	671
Agressor						
Própria vítima	N	0	13	60	8	81
	% Agressor	0,0%	16,0%	74,1%	9,9%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	4,2%	20,9%	16,7%	-
Familiar	N	23	77	128	7	235
	% Agressor	9,8%	32,8%	54,5%	3,0%	100,0%
	% Grupo etário	76,7%	25,2%	44,6%	14,6%	-
Desconhecido	N	7	176	71	27	281
	% Agressor	2,5%	62,6%	25,3%	9,6%	100,0%
	% Grupo etário	23,3%	57,5%	24,7%	56,3%	-
Conhecido	N	0	40	28	6	74
	% Agressor	0,0%	54,1%	37,8%	8,1%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	13,1%	9,8%	12,5%	-
Total		30	306	287	48	671
Forma de Agressão						
PAF	N	0	155	51	7	213
	% Forma de agressão	0,0%	72,8%	23,9%	3,3%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	50,7%	18,3%	14,9%	-
PAB	N	0	24	86	10	120
	% Forma de agressão	0,0%	20,0%	71,7%	8,3%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	7,8%	30,9%	21,3%	-
Espancamento	N	0	37	65	22	124
	% Forma de agressão	0,0%	29,8%	52,4%	17,7%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	12,1%	23,4%	46,8%	-
Estupro	N	0	3	3	0	6
	% Forma de agressão	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo etário	0,0%	1,0%	1,1%	0,0%	-
Negligência no trânsito	N	14	53	0	0	67
	% Forma de agressão	20,9%	79,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo etário	48,3%	17,3%	0,0%	0,0%	-
Outros ^b	N	15	34	73	8	130
	% Forma de agressão	11,5%	26,2%	56,2%	6,2%	100,0%
	% Grupo etário	51,7%	11,1%	26,3%	17,0%	-
Total		29	306	278	47	660

a) violência inespecífica, homofobia, violência sexual, intervenção legal, omissão de socorro, b) tentativa de suicídio, queda de altura, garrafada, mordida, empurrão, paulada.

Fonte: Dados secundários, coletados a partir do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em unidade Sentinela de referência em Urgência e Emergência – 2017.

DESFECHO

Para desfecho observou-se que 2,7% dos atendimentos por violência em serviços de urgência resultaram em óbito. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA apontam taxa de mortalidade no Brasil em 2016 de 62.517 óbitos por homicídios, e ainda descrevem uma falha no registro de informação de aproximadamente 18,3%, em decorrência da não identificação da causa do óbito¹⁰. No Brasil há evidências de subnotificação dos óbitos por causas externas, seja pela ausência de notificação ou por registro de informações equivocados sobre as causas do óbito, o que sugere números ainda maiores de mortalidade por essas causas¹¹.

DISCUSSÃO

Embora a violência seja uma preocupação mundial, tem sido também alvo de discursos utópicos em campanhas políticas, utilizando o enfrentamento das violências, por meio de ações apenas coercitivas de responsabilidade da justiça criminal, sem a devida percepção sobre a multicausalidade para a violência, como condições sociais, econômicas e políticas, fatores estruturais da sociedade, questões culturais e outros fatores que expõe o cidadão ao risco para determinadas violências.

Este estudo apresentou perfis distintos de grupos etários em relação a determinados tipos de violência, demonstrando a necessidade de compreensão a cada tipo de violência de maneira criteriosa, identificando as formas de enfrentamento necessárias para sua prevenção, e considerando que todas as violências exercem um grande impacto sobre as políticas públicas, em especial na área da saúde, uma vez que afeta negativamente a saúde individual e coletiva.

Os atendimentos às vítimas de violência em serviços de Urgência e Emergência demonstraram prevalência ao grupo etário de adolescentes, do sexo masculino, negros/pardos, residentes de uma capital da região Centro-Oeste do Brasil, possuíam entre 5 a 9 anos escolares e tinham os estudos como principal ocupação. As vítimas foram atendidas em decorrência de agressão física por arma de fogo, sendo o ato violento praticado por pessoas desconhecidas, este resultado é semelhante a outros achados^{4, 10, 12}.

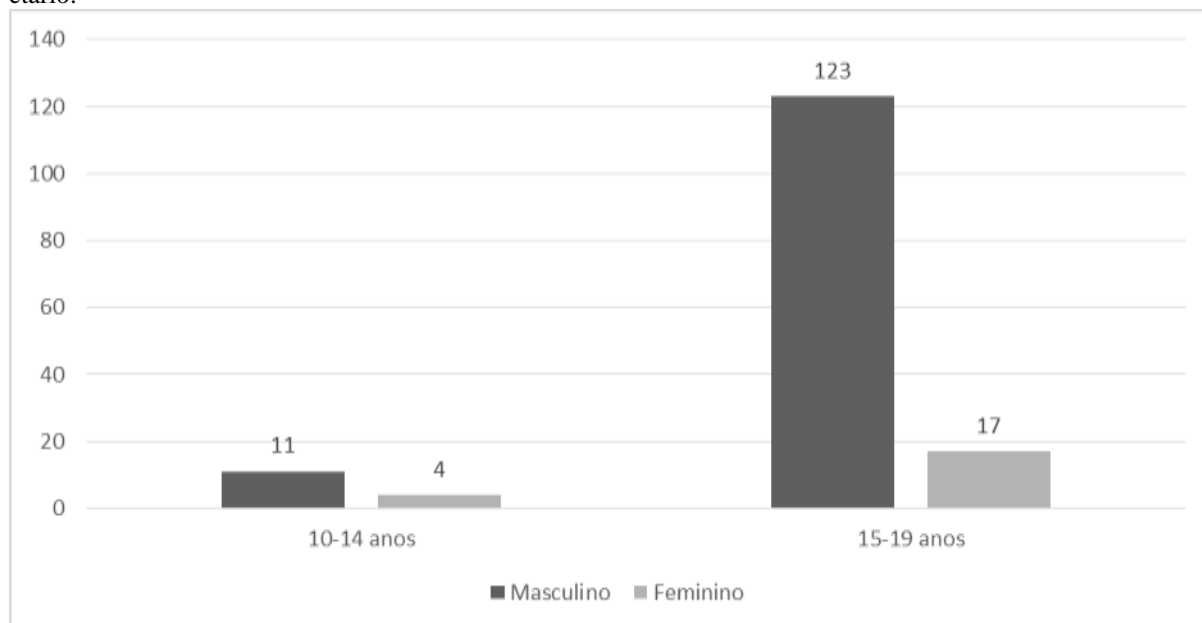
Logo, a participação dos adolescentes em situações de violência, é relacionada ao quadro de extrema desigualdade social existente na sociedade brasileira, o qual expõe o adolescente aos condicionantes de vulnerabilidade social devido a indisponibilidade de recursos materiais, subordinação nas relações de poder, incapacidade de influenciar em decisões políticas e de enfrentar barreiras culturais, e de estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas¹³.

Apesar da violência não atingir apenas a classe pobre, estudos apontam uma forte relação entre esses dois fenômenos, pobreza e violência, sendo que países com concentração de renda são dez vezes mais propensos à criminalidade e homicídios que países ricos como a França e Estados Unidos, isso ocorre em decorrência de uma quebra da coesão social, que está associado e potencialmente causado por grandes diferenças em oportunidades e níveis de renda¹⁴⁻¹⁵.

A representatividade do sexo masculino em atos violentos apresenta uma taxa de mortalidade 6.3 vezes mais que nos casos relacionados ao sexo feminino. Essa participação masculina seja como vítima de violência ou agressor, pode estar relacionada aos padrões socioculturais de um modelo central hegemonicamente machista e patriarcal de uma sociedade, sendo um segundo modelo visto como homens inferiores e subordinados, na demonstração de quaisquer sentimentos ou fragilidade¹⁶.

Além disso, a participação no tráfico e consumo de drogas ilícitas, o crime organizado e o acesso à arma de fogo também contribuem para a participação dos adolescentes em situações de violência de forma a dizimar a vida dessa parcela da população, sobretudo aqueles com idade entre 15 a 19 anos de idade, acometidos por arma de fogo^{10, 17}. Em 2014 a média nacional de homicídio por arma de fogo representou 94,4% de participação de adolescentes do sexo masculino¹². Assim, o achado nesse estudo corrobora com a literatura, reafirmando a participação da população jovem masculina nos casos de violência, como segue a figura 1.

Figura 1. Pacientes adolescentes acometidos por Perfuração por Arma de Fogo (PAF) segundo o sexo e estrato etário.



Fonte: Dados secundários, coletados a partir do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em uma unidade referência em Urgência e Emergência – 2017.

O uso da arma de fogo para a prática de violência indica dados alarmantes. Entre 1993 a 2003 foram registrados 292.735 homicídios por arma de fogo no Brasil, e mesmo após a aprovação da Lei 10.826, de 22 de dezembro de 2003, que versa sobre o Estatuto do Desarmamento, esse dado continuaram a crescer, entre 2004 a 2014 registrou-se no Brasil 405.240 homicídios por arma de fogo^{12, 18}.

Do mesmo modo, a legislação brasileira proíbe o comércio de drogas ilícitas e de drogas lícitas (álcool e tabaco) para crianças e adolescentes, porém a legislação por si só não tem sido eficaz no enfrentamento dessa problemática, o que significa que, apenas a determinação de proibir não consegue ser resolutive de forma a reduzir os riscos nos quais expõe principalmente os adolescentes a vulnerabilidade social que intensificam as violências^{19, 20}.

O ordenamento jurídico que versa sobre a proteção e garantia de direitos da criança e do adolescente, também tem demonstrado que apenas a teoria não tem sido suficiente para o devido acesso, ao que confere o Art. 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988 – “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta

prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”²¹. Ainda assim, milhares de jovens não conseguem acessar seus direitos garantidos constitucionalmente.

Assim, é necessário repensar o papel da família, sociedade e principalmente do Estado quanto à proteção social que versa o artigo acima. O Estado enquanto regulador das relações sociais e econômicas tem adotado estratégias de políticas sociais que têm sido minimamente resolutivas, já que a grande massa populacional do Brasil, em especial os adolescentes estão em situação de risco e exclusão social, resultante de um sistema capitalista sustentador da crescente desigualdade social, que distancia os jovens do curso central do sistema social¹⁷.

A participação de familiares nas violências (agressão física, psicológica, negligências, violência sexual e outras formas de maus-tratos) contra adolescentes também tem sido preocupante, uma vez que a família atua na construção da personalidade e também influencia no comportamento individual do adolescente por meio de práticas educativas, sendo a família a principal unidade de interação com esse público. Essa relação de poder e emoções tornam esses casos mais difíceis de serem revelados e mensurados, devido aos conflitos de interesse.

Os casos de maus-tratos vivenciados pelos adolescentes no seio familiar podem estar relacionados ao contexto de risco social que essa família está inserida, como: desemprego, condições de pobreza, valores culturais que justifiquem condutas violentas, conflitos conjugais, problemas psicológicos, uso de substâncias psicoativas, falta de serviços básicos e inacessibilidade à estrutura de oportunidades econômicas e culturais que provêm do Estado, mercado e da sociedade^{22, 23}.

O contexto societário no qual os adolescentes mais vulneráveis estão inseridos, como: falta de oportunidade para o primeiro emprego, afastamento da escola, discriminação por residir em periferia e ligado a condições de miséria, falta de espaço de lazer e cultura para os jovens, a inacessibilidade de acompanhar as exigências do mercado e as transformações referentes ao

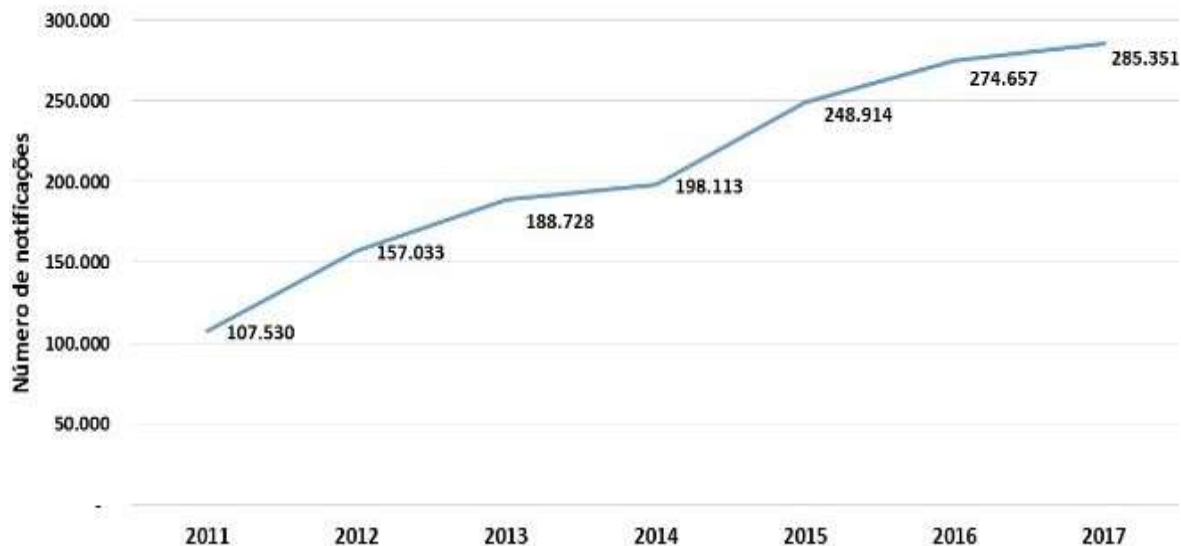
avanço tecnológico são riscos sociais que tem se manifestado no contexto de adolescentes vítimas de violência. “A distinção entre ser honesto ou marginal é simplificada e está relacionada ao local de moradia, de maneira que a sociedade excludente classifica como marginais os pobres”²⁴.

Dessa forma, partindo do que é estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em seu Art.245, que destaca a obrigatoriedade de todo profissional da área social, educação e saúde que trabalham com esses grupos, a devida comunicação à autoridade competente (Conselho Tutelar) os casos de seu conhecimento envolvendo suspeita ou confirmação de violência contra criança ou adolescente, cabendo pena prevista caso tal comunicação não ocorra^{19, 25}.

Do mesmo modo, a violência contra a pessoa idosa é de notificação compulsória e deve ser comunicado ao Conselho do Idoso, Delegacia do Idoso e Ministério Público para medidas cabíveis²⁶. E nos casos de violência contra a mulher, a notificação também é compulsória e a vítima é encaminhada à Delegacia da Mulher²⁷.

Portanto, a notificação individual para violência interpessoal/autoprovoada é um instrumento de vigilância epidemiológica, bem como instrumento para a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção para o enfrentamento das violências. Desde a sua implantação o sistema vem sendo aperfeiçoado, e a partir da Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 foi definida a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo território nacional²⁸. O sistema de notificação tem contribuído para a identificação dos casos, sendo mais de 285 mil notificações em 2017²⁹ (figura2).

Figura 2. Evolução do número de notificações de violências entre 2011 e 2017



Dados preliminares atualizados em 16/03/2018

Fonte: MS/SVS/Sistema

Mesmo com os avanços no sistema de vigilância de violências e acidentes, muitos esforços ainda necessitam ser empregados para a efetividade do sistema, o fortalecimento e ampliação da rede de apoio às vítimas de violências e também adesão do profissional de saúde em realizar a notificação dessas violências e os devidos encaminhamentos à rede de apoio para a continuidade dos atendimentos.

A precisão dos dados é outro fator importante, pois, ainda que os casos de violências fatais e não fatais representam taxas elevadas, não tem sido possível identificar com precisão a magnitude dos dados. Segundo a OMS mais da metade dos países não disponibilizam dados de qualidade sobre homicídios em registro civil, sendo que estes dados implicam nas ações de enfrentamento das violências¹⁵.

Pensando em uma melhor compreensão acerca da notificação de violências, o MS lançou o VIVA Instrutivo, com o objetivo de instruir o profissional de saúde sobre as notificações de violências e encaminhamentos, esperando qualificar as informações que são destinadas a subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais para redução da morbimortalidade decorrente das violências².

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou limitações de informações referentes às tipologias das violências, uma vez que nem todos os casos de violência sexual e intrafamiliar chegam a ser atendidos em uma unidade de traumatologia, principalmente os casos de menor gravidade. Também a falta de dados importantes que pudessem ser correlacionados a condição de vulnerabilidade socioeconômica, uma vez que outros estudos relacionam a condição de vulnerabilidade social à renda. Contudo, o objetivo do estudo foi cumprido e seus resultados foram equivalentes a outros estudos. Quais sejam as vítimas de violência atendidas nos serviços de urgência.

Portanto, muitos esforços ainda precisam ser empregados no enfrentamento das violências e o setor saúde tem um papel importante a desempenhar, por se tratar de uma área baseada em métodos científicos e abordagem interdisciplinar, esforços coletivos oriundos das áreas da saúde, educação, assistência social e justiça, são necessários na solução do problema, sendo que as várias abordagens têm potencial de produzir reduções do problema.

Diante ao exposto, espera-se que o presente estudo possa contribuir com o meio científico, através do fornecimento de informações acerca do perfil de vítimas de violência, bem como sua relação com a condição de vulnerabilidade social como fatores que aumentam os riscos às violências, e considerando que o perfil de atendimentos é uma importante ferramenta na organização dos serviços de saúde, pressupõe-se que os resultados possam contribuir com a política de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra: OMS; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [Acesso em 29 de jan de 2019]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Rev Cienc & Saud Colet.* 2007;11:1163-1178

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

5. Wolf A, Gray R, Fazel S. Violence as a public health problem: An ecological study of 169 countries. *Social Science & Medicine.* 2014;104:220-227

6. Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. – Brasília: UNESCO, BID, p 192, 2002.

7. Cançado TCL, Souza RS, Cardos CBS. Trabalhando o Conceito de Vulnerabilidade Social. XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, São Paulo, 2014.

8. Bertolozzi, MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, Guanillo MCLTU, Pereira EG. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;1326-30.

9. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.356 de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). [Acesso em 22 de jan de 2019]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf

10. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, Alves PP, Pinheiro M, Astolfi R, Marques D, Reis M, Merian F. Atlas da Violência 2018. Brasília: IPEA e FBSP¹. [Acesso em 22 de jan de 2019]. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432. IPEA

11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2014). Desafios do desenvolvimento: Em busca do número real de homicídios. Rev Inf Deb. 2014;79. [Acesso em 23 de jan de 2019]. Disponível em:

http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3026:catid=28&Itemid=23

12. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2016: Homicídios por Armas de Fogo no Brasil. Rio de Janeiro, FLACSO/CEBELA, 2015.

13. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. Rev Paul Pediatr. 2013;31(2):258-264

14. Malta DC, 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. 2017;20(1):142-156.

15. Organização Mundial de Saúde – OMS (2014). Relatório mundial sobre prevenção da violência. Resumo Executivo. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2015.

16. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(1):59-70

17. Minayo MCS, Assis SG. Saúde e violência na infância e na adolescência. Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994.

18. Brasil. Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre o registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – SINARM, define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 23 dez. 2003. [Acesso em 26 de jan de 2019]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.826compilado.htm

19. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

20. Brasil. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 28/08/2006. Brasília, DF. [Acesso em 26 de jan de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

21. Constituição Federal Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. [Acesso em 05 de dez de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

22. Deslandes SF. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. Cad Saúde Pública. 1994;10(1):177-187.

23. Cocco M, Lopes MJM. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. Rev Gaúcha Enferm. 2010;(1):151-159.

24. Castro MG, Abramovay M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violência. Cadernos de Pesquisa. 2002;116:143-176.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutiva 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.

26. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Acesso em 26 de jan de 2019]. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf>

27. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for

atendida nos serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 nov. 2003. [Acesso em 19 de fev de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 fev. 2016. Seção 1, p. 23.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Vigilância em Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes. [Acesso em 23 de jan de 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva>