



Eliane Lipreri

**Análise das notificações de violência interpessoal e autoprovocada
em crianças e adolescentes de Caxias do Sul/RS, 2015 a 2020.**

Caxias do Sul/RS

2022

Eliane Lipreri

**Análise das notificações de violência interpessoal e autoprovocada
em crianças e adolescentes de Caxias do Sul/RS, 2015 a 2020.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde.

Caxias do Sul/RS

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Lipreri, Eliane

Análise das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de Caxias do Sul/RS, 2015 a 2020. / Eliane Lipreri. -- 2022.
141 f.

Orientador: Daniel Canavese de Oliveira.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Vigilância em Saúde. 2. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 3. Violência. 4. Crianças. 5. Adolescentes. I. Oliveira, Daniel Canavese de, orient.
II. Título.

Eliane Lipreri

**Análise das notificações de violência interpessoal e autoprovocada
em crianças e adolescentes de Caxias do Sul/RS, 2015 a 2020.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 26/08/2022

Banca Examinadora

Profa. Dra. Jéssica Camila de Sousa Rosa
Secretaria Estadual da Saúde - SES/RS

Prof. Dr. Maurício Polidoro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Profa. Dra. Silvania Suely Caribé de Araújo
Ministério da Saúde - MS

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira (Orientador)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Caxias do Sul/RS

2022

À minha família pelo apoio, compreensão e carinho.

Em especial ao meu filho Augusto e meu marido Cesar, pela dedicação, carinho e por estarem ao meu lado durante todo o processo.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento à coordenação nacional do PROFSAÚDE por oportunizar a realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

À coordenação e docentes do PROFSAÚDE/UFRGS, pelo empenho para que este momento fosse possível.

À Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul – RS (Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS, Vigilância em Saúde, setor de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANTs e Atenção Primária à Saúde) pela colaboração com a pesquisa.

À Márcia Fell (Secretaria Estadual da Saúde – SES/RS) pela disponibilidade e suporte relacionado aos dados para a pesquisa.

À Dra. Francilene Nunes Rainone e Dra. Sylvania Suely Caribé de Araújo pelas importantes contribuições no processo de qualificação.

Em especial ao prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, o qual conduziu o processo de orientação de forma leve e ao mesmo tempo muito competente. Por ter compartilhado generosamente seu conhecimento e experiência com o tema, além de estar sempre disponível para discussões e reflexões.

Agradeço a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a elaboração do trabalho.

As crianças, quando estão bem cuidadas, são sementes de paz e esperança. Não existe ser humano mais perfeito, mais justo, mais solidário e sem preconceitos que as crianças (NEUMANN, 2010).

RESUMO

O fenômeno da violência é multicausal, complexo e possui relação com determinantes sociais e econômicos, sendo indiscutível o impacto da violência sobre a saúde das crianças e adolescentes. **Objetivo:** analisar as notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de Caxias do Sul, de 2015 a 2020, tendo em vista a qualidade do preenchimento da ficha de notificação e o perfil das notificações de violência. **Metodologia:** foi realizado estudo quantitativo, observacional, do tipo descritivo e ecológico o qual utilizou como fonte o banco de dados do SINAN (notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos do município de Caxias do Sul/RS), no período de 2015 a 2020 fornecido pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) do Rio Grande do Sul (RS). O projeto possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** foram registradas no período 5.675 notificações de violência interpessoal e autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos em Caxias do Sul. Perfil das notificações: 95% de residentes de Caxias do Sul; o nível secundário realizou maior proporção de notificações; 61,4% na faixa etária de 0 a 9 anos, o que difere do padrão nacional e estadual; 57,60% do sexo feminino; 80% de pessoas autodeclaradas como raça/cor branca, 11,5% parda e 4,2% preta; 64,20% dos casos ocorreram nas residências; 14,40% foram lesões autoprovocadas, com aumento de 279% em 2019 se comparado a 2015; quanto ao tipo de violência, 59,07% negligência/abandono, 11,54% violência sexual e 11,40% violência física; aumento de 14% no número de notificações de 2019 para 2020. Avaliação da completude: 76,71% boa, 9,5% excelente, 6,85% regular, 4,11% ruim e 2,74% muito ruim. **Considerações:** identificou-se a necessidade de melhorar a qualidade do preenchimento dos campos motivação da violência, suspeita de uso de álcool por parte do provável autor da violência, identidade de gênero, ocorreu outras vezes, ciclo de vida do provável autor da violência, escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, deficiência ou transtorno e local da ocorrência. Apresenta-se a proposição de estratégias para melhorar a notificação de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes quanti e qualitativamente, com o intuito de promover o aprimoramento da vigilância em Saúde na Atenção Primária. Além de estratégias de identificação, monitoramento e atendimento dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência interpessoal e autoprovocada através de atividades intersetoriais.

Palavras-chave: vigilância em saúde; Sistema de Informação de Agravos de Notificação; violência; crianças; adolescentes.

ABSTRACT

The phenomenon of violence is multicausal, complex and related to social and economic determinants, and the impact of violence on the health of children and adolescents is indisputable. **Objective:** to analyze the notifications of interpersonal and self-inflicted violence in children and adolescents registered in the Information System of Notifiable Diseases (SINAN) of Caxias do Sul, from 2015 to 2020, in view of the quality of filling out the notification form and the profile of reports of violence. **Methodology:** a quantitative, observational, descriptive and ecological study was carried out, using the SINAN database as a source (notifications of interpersonal and self-inflicted violence in children and adolescents aged 0 to 19 years in the city of Caxias do Sul/RS), in the period from 2015 to 2020 provided by the State Center for Health Surveillance (CEVS) of Rio Grande do Sul (RS). The project has the approval of the Research Ethics Committee. **Results:** 5.675 reports of interpersonal and self-inflicted violence were recorded in the age group from 0 to 19 years in Caxias do Sul. Profile of notifications: 95% of residents of Caxias do Sul; the secondary level had a higher proportion of notifications; 61.4% in the age group from 0 to 9 years old, which differs from the national and state standard; 57.60% female; 80% of people self-declared as white, 11.5% brown and 4.2% black; 64.20% of the cases occurred in homes; 14.40% were self-inflicted, with an increase of 279% in 2019 compared to 2015; regarding the type of violence, 59.07% neglect/abandonment, 11.54% sexual violence and 11.40% physical violence; 14% increase in the number of notifications from 2019 to 2020. Completeness rating: 76.71% good, 9.5% excellent, 6.85% regular, 4.11% bad and 2.74% very bad. **Considerations:** it was identified the need to improve the quality of filling in the fields motivation of violence, suspicion of alcohol use by the probable perpetrator of the violence, gender identity, occurred at other times, life cycle of the probable perpetrator of the violence, education, situation marital status, sexual orientation, disability or disorder and place of occurrence. Strategies are proposed to improve the reporting of interpersonal and self-inflicted violence in children and adolescents quantitatively and qualitatively, with the aim of promoting the improvement of health surveillance in Primary Care. In addition to strategies for identifying, monitoring and treating suspected and/or confirmed cases of interpersonal and self-inflicted violence through intersectoral activities.

Keywords: Health Surveillance; Notifiable Diseases Information System; violence; children; adolescents.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descrição do bloco, número do campo, descrição do campo e peculiaridades conforme a faixa etária das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada selecionadas, segundo Instrutivo de Notificação do SINAN 2ª edição	52
Quadro 2 -	Descrição do bloco, número do campo, descrição do campo, tipo de resposta e critério de preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada selecionadas, segundo Instrutivo de Notificação do SINAN 2ª edição	54
Quadro 3 -	Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de residentes em Caxias do Sul nos bairros com mais de 200 notificações no período, segundo identificação do bairro de residência/lotearamento da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	66
Quadro 4 -	Descrição do bloco, campo, tipo de resposta, critério de preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, número de notificações não preenchidas, com informação ignorada e o total, percentual de incompletude, completude e classificação segundo escore de Romero e Cunha.....	102
Quadro 5 -	Avaliação da completude dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com a classificação de Romero e Cunha (2007), Caxias do Sul-RS, 2015 a 2020	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS.....	48
Figura 2 -	Esquema ilustrativo do delineamento do estudo e etapas desenvolvidas na execução.....	50
Figura 3 -	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em outros municípios segundo unidade notificadora, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	61
Figura 4 -	Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2015.....	73
Figura 5 -	Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2016.....	74
Figura 6 -	Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2017.....	75
Figura 7 -	Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2018.....	76
Figura 8 -	Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2019.....	77
Figura 9 -	Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2020.....	78
Figura 10 -	Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2015 a 2020.....	79
Figura 11 -	Proporção da população de Caxias do Sul segundo raça/cor, censo demográfico 2010.....	83
Figura 12 -	Proporção de campos de acordo com a classificação da completude segundo escore de Romero e Cunha.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo ano de notificação e faixa etária, Brasil, 2015 a 2020.....	57
Tabela 2 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo ano de notificação e faixa etária, Rio Grande do Sul, 2015 a 2020.....	58
Tabela 3 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo ano de notificação e faixa etária, 5ª CRS, 2015 a 2020.....	59
Tabela 4 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo ano de notificação e faixa etária, Caxias do Sul - RS, 2015 a 2020.....	59
Tabela 5 -	Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo município de residência da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	60
Tabela 6 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e zona de residência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	61
Tabela 7 -	Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de residentes em Caxias do Sul, conforme identificação do bairro de residência da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	62
Tabela 8 -	Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, por bairro de residência da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	63
Tabela 9 -	Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, segundo bairro e loteamento de residência da pessoa atendida e ano de notificação. Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	67
Tabela 10 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e nível de atenção da unidade notificadora, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	80
Tabela 11 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e faixa etária, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	81
Tabela 12 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças de 0 a 12 meses segundo ano e faixa etária, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	81

Tabela 13 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e sexo, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	82
Tabela 14 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e raça/cor, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	82
Tabela 15 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e raça/cor, nos bairros com mais de 200 notificações no período, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.	83
Tabela 16 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e informação sobre gestação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	84
Tabela 17 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e escolaridade, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	85
Tabela 18 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e situação conjugal, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	85
Tabela 19 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e orientação sexual, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	86
Tabela 20 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e identidade de gênero, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	86
Tabela 21 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e local da ocorrência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	87
Tabela 22 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e se ocorreu outras vezes, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	88
Tabela 23 -	Notificações de violência autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	89
Tabela 24 -	Notificações de violência autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano, faixa etária e sexo, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	89
Tabela 25 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovoçada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano, deficiência e transtorno, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	90

Tabela 26 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e motivação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	91
Tabela 27 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e tipo de violência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	92
Tabela 28 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e tipo de violência sexual, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	93
Tabela 29 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos por violência sexual segundo ano, faixa etária e sexo, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	93
Tabela 30 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e meio de agressão, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	94
Tabela 31 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, dados do provável autor da violência segundo número de envolvidos, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	95
Tabela 32 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, dados do provável autor da violência segundo vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	96
Tabela 33 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo sexo do provável autor da violência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	97
Tabela 34 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo suspeita de uso de álcool pelo provável autor da violência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	98
Tabela 35 -	Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo o ciclo de vida do provável autor da violência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	99
Tabela 36 -	Tabela 36 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo encaminhamento, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ADREA	Ambulatório de doenças respiratórias do adulto
ADREP	Ambulatório de doenças respiratórias pediátrico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Centro Especializado de Saúde
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, versão 10
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DACRA	Departamento de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria
EAP	Equipe de Atenção Primária
EAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECR	Equipe de Consultório de Rua
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIM	Primeira Infância Melhor
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PRAVIVIS	Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VIVA	Vigilância da Violência e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 O CONTEXTO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA	25
2.1 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
2.2 VIOLÊNCIA: TIPOLOGIA E NATUREZA	28
2.3 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	32
2.4 PERCURSO DA VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO BRASIL.....	38
2.5 NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA	40
2.6 PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA E ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	42
2.7 O CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	43
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 LOCAL DO ESTUDO	47
3.1.1 O Município de Caxias do Sul	47
3.1.2 Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul	49
3.2 COLETA DOS DADOS.....	50
3.2.1 População alvo	51
3.2.2 Seleção do grupo para estudo	51
3.2.3 Procedimento para a coleta dos dados.....	51
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	53
3.3.1 Análise da qualidade do preenchimento dos campos da ficha de notificação.....	53
3.3.2 Descrição do perfil sociodemográfico	55
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	56
4 RESULTADOS	57
4.1 CONTEXTO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA NO BRASIL E RIO GRANDE DO SUL, 2015 A 2020	57
4.2 PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 0 A 19 ANOS DE CAXIAS DO SUL – RS NO PERÍODO DE 2015 A 2020.....	60
4.3 QUALIDADE.....	101

4.3.1 Análise da Completude	101
4.4 DISCUSSÃO	109
4.4.1. Ampliar a Vigilância da Violência no Território.....	109
4.4.2. Qualificar a notificação de violência: identificação de casos suspeitos e/ou confirmados e a qualidade do preenchimento da notificação (completude).....	110
4.4.3. Investigar a quem a violência mais acomete	114
4.4.4. Investigar e contextualizar a violência autoprovocada	116
4.4.5. Promover a Intersetorialidade e estratégias de enfrentamento	118
4.4.6. Limitações do Estudo	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS E APÊNDICES.....	131
ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVODADA - SINAN.....	132
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	134
ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CAXIAS DO SUL - RS.....	140
APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS (TCUD).....	141

1 INTRODUÇÃO

A violência é considerada um problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) milhões de crianças, adolescentes, mulheres e homens sofrem devido à magnitude das consequências da violência ocorrida nas residências, escolas e comunidades. Muitas vezes a violência se perpetua por vários anos e suas consequências levam ao consumo inadequado de bebidas alcoólicas e drogas, à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e problemas de relacionamento. Crianças submetidas à rejeição, negligência, punição corporal severa e abuso sexual, ou que presenciam violência em casa ou na comunidade, possuem maior probabilidade de desenvolver comportamento agressivo e antissocial em estágios mais avançados de seu desenvolvimento, inclusive comportamentos violentos na idade adulta (OMS, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (2015, p. 02) define violência como:

O uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação.

De acordo com o Relatório Mundial sobre a prevenção da violência da OMS (2015), mulheres, crianças e idosos suportam o impacto das consequências não fatais de abusos físicos, sexuais e psicológicos, sendo que 25% de todos os adultos relatam ter sofrido abusos físicos quando crianças e uma em cada cinco mulheres refere ter sofrido abusos sexuais quando criança.

A violência classificada como interpessoal, é a que ocorre entre membros da família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e desconhecidos, incluindo maus-tratos contra a criança, violência juvenil, violência contra a mulher e abusos praticados contra idosos; violência autoprovocada é aquela em que as pessoas infligem a si mesmas (comportamento suicida e automutilação); e violência coletiva, a qual é praticada por grupos como estados-nação, milícias e organizações terroristas com o intuito de alcançar objetivos políticos econômicos ou sociais (OMS, 2015).

O fenômeno da violência é multicausal e complexo e possui relação com determinantes sociais e econômicos, como desemprego, baixa escolaridade, renda, exclusão social, dentre outros, além de questões como o sexismo, a homofobia/lesbofobia/transfobia, o machismo e o racismo. A violência transforma os hábitos e comportamentos sociais, alterando a organização e a arquitetura das cidades (BRASIL, 2019a).

Em termos globais, a morte violenta é o resultado mais visível de comportamentos violentos registrados em estatísticas oficiais, em seguida estão os casos de violência que chegam ao conhecimento de autoridades das mais diversas áreas (saúde, segurança e assistência social), em que as vítimas recebem alguma forma de atendimento emergencial. Por fim há os casos captados em pesquisas de base populacional e que talvez nunca sejam relatados a autoridades da área da saúde ou outras áreas. Além disso, há casos em que as vítimas de violência não revelam suas experiências, mesmo em entrevistas confidenciais, portanto, certamente há muitas vítimas que sofrem em silêncio e que não são contabilizadas nos dados sobre violência (OMS, 2015).

No Brasil, a publicação da Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) incluiu os acidentes e violências na pauta da área da saúde (BRASIL, 2005). Desta forma o ano de 2021 foi um importante marco de enfrentamento as violências, em que foram comemorados os 20 anos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Com o intuito de dar visibilidade à violência, descrevendo sua magnitude, tipologia, perfil das pessoas envolvidas, localização da ocorrência, dentre outras características, em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela. A Vigilância contínua (Viva Contínuo/Sinan) capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde. A Vigilância sentinela (Viva Inquérito), por meio de pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência, durante 30 dias consecutivos. A periodicidade da pesquisa era inicialmente a cada ano, bienalmente entre 2007 e 2011 e, a partir de então, a cada três anos (BRASIL, 2016).

No mesmo ano, com a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto, foram instituídas as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, sinalizando a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, com o intuito de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2016).

A notificação da Violência interpessoal e autoprovocada foi implantada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às Leis 8.069 – Estatuto da Criança e Adolescente (13 de julho de 1990), 10.741 – Estatuto do Idoso e 10.778 – Notificação de Violência contra

a Mulher. A notificação deve ser preenchida por todos os profissionais da saúde diante de situação suspeita ou confirmada de violência, utilizando a ficha de Notificação de Violência interpessoal e autoprovocada (Versão 15 de junho de 2015 - ANEXO A) e inserida no SINAN (WAISELFISZ, 2012).

Em 2011, a notificação de violência passa a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados, e em 2014 os casos de violência sexual passaram a ser de notificação imediata, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal da Saúde em até 24h após o atendimento da vítima. Além disso, é obrigatória a comunicação de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2018b).

Conforme dados do SINAN, em nível nacional, no ano de 2011 foram registrados 39.281 atendimentos na faixa de 0 a 19 anos de idade, o que representa 40% do total de 98.115 atendimentos. A faixa de maior índice de atendimentos é a de menos de 1 ano de idade, com 118,9 atendimentos em 100 mil crianças de menos de 1 ano. Em segundo lugar, a faixa de 15 a 19 anos de idade, com 84,6 atendimentos para cada 100 mil adolescentes (WAISELFISZ, 2012).

Em se tratando da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, conforme o mapa da violência, no ano de 2011 as violências físicas representaram 40,5% do total de atendimentos, estando concentrados na faixa dos 15 aos 19 anos de idade. Sendo que, até os 14 anos de idade os principais agressores são os pais. No final da adolescência, os agressores passam a ser amigos ou conhecidos, e desconhecidos. Na sequência, as diversas formas de violência sexual, que registraram 19,9% dos atendimentos de 2011. A maioria dos casos concentra-se na faixa dos 10 aos 14 anos de idade (WAISELFISZ, 2012).

A identificação de situações suspeitas e/ou confirmadas de violência devem ser realizadas em todos os níveis de atenção à saúde. As equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) por estarem geograficamente mais próximas das famílias e pelo desenvolvimento de ações individuais e coletivas, possuem maior possibilidade de identificar situações de violência em crianças e adolescentes, notificação dos casos e encaminhamento para a rede de cuidados e proteção social. Salienta-se que para desenvolver uma adequada rede de proteção integral das crianças e adolescentes faz-se necessário haver a articulação de vários profissionais, serviços e setores. Destaca-se que cabe aos Estados e Municípios traçarem estratégias, mobilizarem equipes e instituições seguindo as diretrizes previstas e normativas nacionais para a prevenção e combate da violência (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018).

A APS, especialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da equipe multidisciplinar, é um local privilegiado para a prevenção, identificação, notificação e vigilância da violência que acomete crianças e adolescentes, tendo em vista a proximidade com as famílias e seu contexto territorial. Porém, apesar dos inúmeros avanços em se tratando de políticas públicas, a identificação e notificação da violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes ainda é um desafio para muitos profissionais e gestores dos serviços de saúde (MOREIRA *et al.*, 2014).

Estudo realizado pelos autores supracitados com 381 profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) de três Regiões de Saúde do Estado do Ceará, Brasil, no período de julho/2011 a maio/2012 tendo como objetivo analisar os fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na APS verificou que a frequência da notificação de violência pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde foi de 17%. Além disso, as variáveis identificadas sinalizaram associação direta do ato de notificar com questões relativas ao conhecimento e capacitação na temática.

Destaca-se que a notificação é uma importante etapa no processo de enfrentamento da violência em crianças e adolescentes, visto que ela dispara ações no âmbito das redes de atenção e proteção, voltadas para a promoção, prevenção de reincidências e estabelecimento de uma linha de cuidado às pessoas em situação de violência. Além de que, através dos dados produzidos, embasa o desenvolvimento de políticas públicas no âmbito local e nacional (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018; BRASIL, 2016).

Desta forma, a qualidade do preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada é um importante parâmetro a ser considerado, tendo em vista que o adequado preenchimento dos campos permite identificar o perfil epidemiológico dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência e possíveis agressores. Estudo realizado em Recife-PE, o qual considerou casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada no período de 2009 a 2012 identificou através da análise de completude, que a proporção média de preenchimento das variáveis foi de 70,3% (ABATH *et al.*, 2014).

Sabe-se que muitos fatores estão envolvidos na ocorrência da violência, desde questões relacionadas diretamente aos agressores, questões ambientais, sociais, econômicas e de saúde, como por exemplo a ocorrência de uma pandemia. Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara emergência global de saúde pública em virtude do número de países atingidos pela Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Em 11 de março de 2020 foi declarada Pandemia da Covid-19 e com isso iniciaram medidas de controle da propagação do vírus em muitos países, inclusive no Brasil.

Até 23 de março de 2020 a maioria dos estados brasileiros havia adotado alguma medida restritiva, como limitar a abertura de serviços não essenciais, suspender aulas ou implementar modelo de distanciamento social (LEVANDOWSKI *et al.*, 2021).

Nesse contexto em que o distanciamento foi importante fator de contenção da propagação da Covid-19, muitas crianças e adolescentes ficaram mais restritas ao convívio familiar, tendo aulas não presenciais por um período e menor convivência com outras pessoas externas ao núcleo familiar, o que pode exacerbar situações de violência doméstica (LEVANDOWSKI *et al.*, 2021; PLATT; GUEDERT; COELHO, 2021).

Além disso, os serviços de saúde ficaram voltados ao atendimento dos casos de Covid-19, tendo em vista o crescente número de casos. Na APS ocorreu o mesmo, impactando negativamente no acesso para atendimento a outras doenças e agravos.

Pesquisas comparando o número de notificações de violência realizadas durante os meses de março e abril de 2020, período de maior índice de distanciamento social, e o mesmo período de 2019 identificaram redução no número de notificações, inferindo-se que o distanciamento social em virtude da pandemia reduziu as taxas de notificação de violência devido à subnotificação, sendo imprescindível traçar estratégias para melhorar a identificação dos casos suspeitos de violência durante situações de pandemia (LEVANDOWSKI *et al.*, 2021; PLATT; GUEDERT; COELHO, 2021).

Na APS, percebe-se que, apesar do atendimento a situações decorrentes de violência, envolvendo crianças e adolescentes, ser algo comum no cotidiano de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) as notificações de violência, em alguns serviços, não são realizadas com a frequência e o preenchimento adequados. Conforme dados do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS), Caxias do Sul possui 9.669 notificações de violência interpessoal e autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de 2015 a 2020, sendo que destas, 59% concentram-se na faixa etária de 0 aos 19 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2022a).

Percebe-se a necessidade de um maior conhecimento da equipe quanto às situações que devem ser notificadas, além da identificação de caso suspeito ou confirmado de violência durante a realização dos diversos atendimentos, tendo em vista que muitas vezes o motivo do atendimento não está diretamente ligado à situação de violência.

Importante salientar que, no contexto da pandemia da Covid-19, em que o distanciamento físico tornou-se uma das formas, até 2020 (período contemplado pelo estudo) de evitar o contágio desta doença que causou milhares de mortes em todo o mundo, tendo em vista que a vacinação contra a Covid-19 no Brasil iniciou em 17 de janeiro de 2021, surge à

necessidade de estar atento às situações de violência domiciliar contra crianças e adolescentes, pois há a probabilidade de aumento na incidência deste agravo e redução no número de notificações devido à dificuldade de acesso aos órgãos de proteção e denúncia.

Além disso, dentre os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) que faz parte do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) destaca-se o Objetivo 16 – Paz, justiça e instituições eficazes, o qual possui o intuito de promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis (PNUD, 2015; IPEA, 2019).

Para alcançar o desenvolvimento sustentável, faz-se necessário haver paz, estabilidade, direitos humanos e governança efetiva, baseada no estado de direito. Porém vive-se em um mundo em que as divisões são muitas, onde algumas regiões alcançam a paz, a segurança e a prosperidade de forma sustentável e em contrapartida outras sofrem com constantes conflitos e violência (PNUD, 2015). No Brasil, um dos primeiros desafios para implementar esse objetivo (ODS 16) é a necessidade de enfrentar a violência, fatal ou não, física, psicológica e sexual, incluindo abuso, exploração, tráfico de pessoas, tortura, violência policial, principalmente contra negros, mulheres, crianças, adolescentes, jovens, LGBTs, indígenas e defensores de direitos humanos. Estas violências ocasionam sofrimentos que podem perpassar gerações e são comuns em locais em que o estado de direito não está estabelecido, necessitando-se tomar providências para proteger aqueles que estão em maior risco (PNUD, 2015; IPEA, 2019).

Os ODS pretendem reduzir significativamente todas as formas de violência e trabalhar com governos e comunidades para encontrar soluções duradouras para conflitos e insegurança (PNUD, 2015). Fortalecer o estado de direito e a promoção dos direitos humanos é primordial para esse processo e à Atenção Primária à Saúde, em conjunto com os demais setores da sociedade, cabe atuar na prevenção das violências e promoção da cultura da paz, além de identificar, notificar e acompanhar situações suspeitas ou confirmadas de violência, colaborando para que elas não se repitam e para o fortalecimento da vigilância em Saúde, com a criação e implementação de políticas públicas voltadas para isso.

Como profissional da saúde há 25 anos e atuando na APS há 17 anos em Caxias do Sul/RS, sempre me senti muito impotente frente às situações suspeitas ou confirmadas de violências às quais atendi, tendo em vista sua complexidade e dificuldade de acompanhamento por parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isso me motivou a conhecer melhor a realidade do município em relação às notificações de violência interpessoal e

autoprovocada em crianças e adolescentes, pois entendo que é necessário primeiramente conhecer a realidade para que se possa pensar em ações para melhorar a identificação de casos suspeitos ou confirmados de violência, sua notificação, acompanhamento e prevenção de reincidências.

Sendo assim, tendo em vista a magnitude do problema, o presente estudo teve como principal objetivo analisar as notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de Caxias do Sul/RS, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na série histórica de 2015 a 2020. Descrever o perfil dos casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes; analisar a qualidade do preenchimento (completude) das fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada no período de 2015 a 2020; e propor estratégias para melhorar (quanti e qualitativamente) a notificação de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes promovendo o aprimoramento da vigilância em saúde na Atenção Primária. Além de estratégias de identificação, monitoramento e atendimento dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência interpessoal e autoprovocada através de atividades intersetoriais.

2 O CONTEXTO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

A violência possui grande impacto na morbimortalidade, além disso, contribui para a perda da qualidade de vida, aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, dentre outros. A violência é considerada uma das mais significativas causas de desestruturação familiar e pessoal, fazendo com que suas consequências se perpetuem entre as gerações futuras (BRASIL, 2016). Bem como a desestruturação familiar pode ser causa de violência.

O contexto de enfrentamento à violência deve envolver todos os setores da sociedade, e no âmbito da saúde, engloba a vigilância em saúde e os serviços de todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário), além de atividades intersetoriais envolvendo educação, assistência social e segurança.

2.1 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A epidemiologia, a qual trata da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, bem como os fatores de prevenção e controle dos problemas de saúde, deixa clara a preocupação não somente com a incapacidade, doença ou morte, mas principalmente, com a melhoria dos indicadores de saúde e com formas de promover saúde. O escopo da epidemiologia é a prevenção de doenças e eventos relacionados à saúde e promoção da saúde, para isso, faz-se necessário conhecer as causas das doenças e agravos à saúde e a forma como podem ser modificadas (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

As condições em que as pessoas vivem e trabalham configuram os determinantes sociais em saúde e, para melhorar a saúde das pessoas precisa-se atuar sobre eles. Além do acesso adequado aos serviços de saúde, necessita-se atentar para outros fatores que influenciam a saúde das pessoas, como nível socioeconômico, condições de moradia, risco ocupacional, dentre outros, os quais precisam ser abordados para que o bem-estar seja atingido (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

A APS é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e norteadora do cuidado prestado à população de um determinado território. Desta forma, deve concentrar ações de atenção à saúde tendo em vista o cuidado integral (BRASIL, 2017a).

Cabe salientar que a APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação,

redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária; é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Este é o trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), que são os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Primária, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017a).

Dentre os princípios da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017a) estão: a Universalidade, a qual deve possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS; a Equidade, caracterizada por ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade; e a integralidade, conforme descrita a seguir.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017a, p. 6).

A integralidade deve estar presente em todas as ações que visam o atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde. Desta forma, faz-se necessário que a APS tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Primária à Saúde com outros pontos da RAS (BRASIL, 2017a).

Tendo em vista a integralidade, as unidades de APS devem se organizar de forma que o(a) usuário(a) receba todos os tipos de serviço de atenção à saúde, mesmo os que não podem ser oferecidos dentro da Atenção Primária. Sendo assim, a APS deve realizar os encaminhamentos para os níveis secundários (consultas com especialidades), terciários (manejo definitivo de problemas específicos) e para serviços de suporte (atendimento domiciliar, dentre outros). Para isso, a equipe precisa reconhecer a necessidade de serviços preventivos, serviços que lidam com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças já instaladas, além de reconhecer os problemas de ordem funcional, orgânica ou social. A equipe precisa

estar atenta às questões sociais, tendo em vista que este fator frequentemente predispõe ou causa enfermidades (STARFIELD, 2002).

Sendo assim, as ações da vigilância em saúde precisam ser transversais a todas as ações das equipes de APS, tendo em vista questões que envolvem o território, a organização de linhas de cuidado, o entendimento do processo de saúde e doença que norteia as consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pela equipe. Para que a atenção à saúde seja voltada para a promoção, prevenção, controle de doenças e agravos no âmbito da APS, é imprescindível que os profissionais tenham ciência dos elementos referentes à ocorrência das doenças e agravos (tempo, lugar e pessoa) e que sejam capazes de analisar os dados essenciais referentes aos determinantes e condicionantes da saúde, às estatísticas vitais (BRASIL, 2018a).

Nesse sentido, o processo de formação das equipes deve desenvolver o raciocínio epidemiológico para compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde prioritários da população no território, tomando como base o diagnóstico situacional para o planejamento e programação das ações de promoção, prevenção, controle e eliminação das doenças e agravos no seu território de atuação (BRASIL, 2018a, p.26).

A equipe da APS deve identificar os riscos à saúde atribuídos à população e, durante os atendimentos, seja no acolhimento com escuta qualificada, nas visitas domiciliares, estabelecer vínculo e identificar necessidades de saúde das pessoas que buscam cuidados. Os profissionais necessitam estar preparados para identificar oportunamente as doenças e agravos à saúde, tendo em vista desenvolver ações em tempo hábil com eficácia e efetividade (BRASIL, 2018a).

Além da identificação das doenças e agravos, é importante estar atento às que são de notificação e realizá-la, tendo em vista a produção de dados epidemiológicos. Em relação à notificação das violências, diversos estudos apontam que as principais causas de subnotificação são a falta de capacitação dos profissionais, ameaças que sofrem dos autores das violências, questões estruturais relacionadas com atuação insatisfatória dos órgãos competentes, nos serviços de retaguarda e no cumprimento das medidas protetivas adequadas às vítimas de violência (GARBIN *et al.*, 2015).

Neste contexto, precisa-se estar atento às causas externas de morbimortalidade (acidentes e violências), as quais se tornaram um problema de saúde pública de grande magnitude, em que acidentes de trânsito, homicídios e suicídios respondem, em conjunto, por cerca de dois terços dos óbitos por causas externas no Brasil, que a partir de 1980 passaram a ocupar o segundo lugar entre as causas de mortalidade geral no país. Estes óbitos estão associados à prevalência de fatores de risco específicos para cada tipo de causa externa, em

sua maioria tendo origem sociocultural e político-ideológica, que dependem de ações intersetoriais e multidisciplinares para o seu enfrentamento (BRASIL, 2018a).

2.2 VIOLÊNCIA: TIPOLOGIA E NATUREZA

A violência é um problema em âmbito global, tendo em vista que anualmente registra-se mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência (autoprovocada, interpessoal e coletiva), correspondendo a 2,5% da mortalidade global (OMS, 2015). Além das vítimas fatais, todos os dias têm-se dezenas de milhares de indivíduos vítimas de violência não fatal como abusos físicos, sexuais e psicológicos, os quais muitas vezes não chegam ao conhecimento das equipes de saúde e outras autoridades.

Em relação à tipologia da violência, a Organização Mundial da Saúde - OMS (2002) classifica a violência em autoprovocada, interpessoal e coletiva. Sendo que a *violência autoprovocada* inclui casos de ideação suicida, tentativas de suicídio, agressões a si próprio e automutilações; a *violência interpessoal* é subdividida em intrafamiliar e comunitária, em que a intrafamiliar ocorre entre parceiros íntimos e membros da família, principalmente no ambiente domiciliar, mas não somente; incluindo agressão contra crianças, mulheres, homens e idosos no ambiente doméstico; já a violência comunitária é aquela que ocorre no ambiente social, não havendo laços de parentesco e envolve conhecidos e desconhecidos (OMS, 2002; MINAYO, 2006).

A OMS subdivide a violência coletiva em violência social, política e econômica. Sendo que no âmbito social, pode-se exemplificar com os crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões; no âmbito político identificam-se as guerras, violências do Estado e violências praticadas entre grupos maiores, como entre nações; e no âmbito econômico incluem-se ataques de grupos maiores (grupos e nações) motivados por interesse econômico e/ou de dominação (OMS, 2002; MINAYO, 2006).

Violência autoprovocada: as lesões autoprovocadas são caracterizadas por automutilações, que vão desde arranhões, mordidas, cortes na pele, até perda de membros, intoxicação intencional, tentativas de suicídio e suicídio. Dentre os fatores de risco para a violência autoprovocada estão: a depressão, os transtornos mentais, ansiedade, violência e abuso de substâncias psicoativas, além disso, o bullying e a ausência de afeto. Fatores sociais como problemas familiares, na infância, de relacionamento e vulnerabilidade social também são citados como fatores de risco (BRITO *et al.*, 2021).

Estudo realizado com notificações de violência autoprovocada em adolescentes (10 a 19 anos) brasileiros no período de 2009 a 2016 demonstrou que foram notificados 33.541 no período e que houve aumento significativo da taxa nacional passando de 2,1 por 100.000 adolescentes em 2009 para 25,7 por 100.000 em 2016. Em relação à proporção, foi identificada queda no número de notificações de violência autoprovocada em adolescentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Porém, as regiões Sul e Sudeste apresentaram aumento significativo das notificações para ambos os sexos. A região Sul apresentou as maiores taxas no período analisado (BRITO *et al.*, 2021).

Além da tipologia descrita no Relatório Mundial sobre violência e saúde da OMS (2002), Minayo (2006) destaca a violência estrutural. A qual refere-se às questões sociais, políticas e econômicas que reproduzem e perpetuam as condições de desigualdade social, de gênero, de etnia, fome, miséria e mantém soberania do adulto sobre as crianças e adolescentes. Conforme Minayo (2006, p.81) a violência estrutural é:

Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos tipos de violência citados anteriormente tem sua base na violência estrutural.

Em relação à natureza, as violências são divididas em quatro formas de expressão, também denominadas de abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e a relacionada ao abandono, negligência ou privação de cuidados (OMS, 2002; MINAYO, 2006).

Violência física – utiliza a força para causar dano, feridas, dor e/ou incapacidade a outra pessoa; Conforme Viva – instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (BRASIL, 2016), tratam-se de atos violentos, com o uso da força física de forma intencional, não acidental, com o intuito de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não, marcas evidentes no seu corpo. São exemplos: tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, ferimentos por arma de fogo e arma branca, dentre outros.

Violência psicológica/moral – refere-se a agressões verbais ou gestuais com objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade e/ou isolá-la do convívio social; ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa; no caso do assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder (patrão e empregado ou empregado e empregado), ou seja, a violência moral é toda a ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a

reputação da pessoa. Outro exemplo de violência psicológica é o *bullying* que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o *ciberbullying* (BRASIL, 2016).

Tortura - é quando alguém é constrangido com o emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com o objetivo de: obter informação, declaração ou confissão da vítima ou terceira pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminosa; em virtude de discriminação racial ou religiosa (Lei nº9. 455/1997). Também é considerado tortura, submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo (BRASIL, 2016).

Violência sexual – Conforme Viva – instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (BRASIL, 2016), trata-se de ação na qual uma pessoa, utilizando-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, podendo fazer uso ou não de arma de fogo ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança, dentre outros. São exemplos de violência sexual: estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, *voyeurismo*; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma não consentida. Estão incluídas, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Atos que impeçam o uso de método contraceptivo ou forcem matrimônio, à gravidez, ao aborto e à prostituição, limitem ou anulem a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, também são violência sexual. A violência sexual é crime, independente se exercida por familiar (pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a)).

Tráfico de seres humanos - este tipo de violência inclui recrutamento, transporte, alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força, a coação, a situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com uso ou não de força física. Sempre que ocorrer movimento de pessoas através da coerção ou engano com o intuito de explorá-las, é considerado tráfico de pessoas, podendo este ocorrer dentro de um mesmo país, entre países de fronteira ou entre diferentes continentes (BRASIL, 2016).

Violência financeira/econômica (patrimonial) - trata-se da violência que implica em dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida. Refere-se à exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Percebe-se com maior frequência no âmbito familiar, contra pessoas idosas, mulheres e portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2016).

Violência classificada como negligência ou abandono – trata-se da recusa ou não realização de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados e que depende destes cuidados. Pode-se citar como exemplos: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para frequentar a escola. Considera-se o abandono uma forma extrema de negligência (BRASIL, 2016).

Trabalho infantil - trata-se de ações e atividades exercidas por crianças (com valor econômico direto ou indireto), privando-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a toda a atividade realizada por crianças e adolescentes de forma obrigatória, regular, remunerada ou não, em condições, muitas vezes, desqualificadas e que põem em risco o bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimentos adequados, saudáveis e seguros (BRASIL, 2016).

Conforme Viva – instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (BRASIL, 2016, p. 60):

A Constituição Federal estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoas menores de 18 anos, e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (artigo 7º, inciso XXXIII). Quando na condição de aprendiz, a atividade laboral deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.

Violência por intervenção legal - refere-se à intervenção realizada por agente legal público, ou seja, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Conforme a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, versão 10), pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, dentre outros, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº 4.898/1965 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta

prática. A CID-10 adota o termo “intervenção legal e operações de guerra” e lhe atribui os códigos de Y35 a Y36 (BRASIL, 2016).

2.3 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define criança na faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, porém o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos (BRASIL, 2016). Desta forma, no presente estudo será considerada a faixa etária de 0 a 19 anos, tendo em vista que é a faixa etária adotada pela Vigilância em Saúde e consta no Instrutivo para preenchimento das notificações de violência Interpessoal e Autoprovocada.

Conforme o Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (BRASIL, 2016, p. 26):

- Violência contra criança – ambos os sexos, na faixa etária de zero a 9 anos, independentemente do tipo ou da natureza da violência.
- Violência contra adolescente – ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independentemente do tipo ou da natureza da violência.

O impacto da violência sobre a saúde das crianças e adolescentes é indiscutível, sendo assim é imprescindível que os profissionais da saúde estejam capacitados para o enfrentamento dos agravos que aparecem com frequência nas unidades de saúde, tanto na APS quanto nas emergências. Para isso faz-se necessário que haja atuação intersetorial e multiprofissional com enfoque interdisciplinar, tendo em vista ações que busquem interromper o ciclo de violência. Salienta-se que o ECA precisa ser colocado em prática (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

As taxas de mortalidade infantil e de crianças menores de cinco anos são as mais evidentes manifestações de violência estrutural, embora tenha havido significativa redução da mortalidade nos últimos anos. Estudos epidemiológicos evidenciam as fraturas e queimaduras em crianças de baixa idade, e as lesões por agressões físicas e suicídios, os últimos principalmente na adolescência, como principais resultados da violência contra crianças e adolescentes (MINAYO, 2001).

A violência contra crianças e adolescentes é multifacetada, podendo-se destacar como principais manifestações: estrutural, intrafamiliar, institucional e de adolescentes em conflito com a lei (MINAYO, 2006), além da interseccionalidade, violência racial e o *bullying*.

- **Estrutural:** relacionada à condição de vida das crianças e adolescentes, envolvendo decisões históricas, econômicas e sociais, as quais tornam vulneráveis suas possibilidades de

crescimento e desenvolvimento adequado. Cabe aqui, ao setor saúde, esforço para reduzir as desigualdades em saúde, ampliar o acesso e a qualidade da atenção. Pode-se citar como exemplos de violência estrutural, crianças e adolescentes vivendo nas ruas e trabalhando para sobreviver, além da presença de crianças e adolescentes em instituição de privação de liberdade (MINAYO, 2006).

- **Intrafamiliar:** trata-se da violência que ocorre dentro da casa, sendo geralmente uma forma de comunicação e de relação interpessoal. Tendo em vista a vulnerabilidade física e de personalidade, as crianças e adolescentes são alvos frequentes do poder dos adultos, sendo comumente as maiores vítimas da violência intrafamiliar. Uma forma muito frequente de abuso no ambiente familiar é a violência sexual, em que as principais vítimas são meninas e os agressores são o pai, o padrasto, ou pessoas conhecidas e que possuem vínculo com a vítima. As consequências são inúmeras, desde gravidez precoce, abandono do lar, aumento do número de crianças e adolescentes vivendo nas ruas e consequências emocionais de curto, médio e longo prazo (MINAYO, 2006).

Dentro da violência intrafamiliar também está à violência psicológica, em que há depreciação das crianças e adolescentes, redução da autoestima e ameaças de abandono por parte dos adultos. Este tipo de violência é difícil de ser quantificada e provoca grandes prejuízos à formação. Outra questão a ser destacada é a negligência, a qual representa a omissão à proteção integral, ou seja, há a falta de provimento de alimentos, roupas, cuidados escolares, assistência à saúde, dentre outros cuidados indispensáveis para o desenvolvimento e crescimento da criança e do adolescente, como a ausência dos pais, falta de afeto, atenção e diálogo (MINAYO, 2006).

- **Institucional e de adolescentes em conflito com a lei:** inúmeros são os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, porém deve-se analisar o fato associado à violência estrutural e à questão de classe, pois a grande maioria que está em regime de medida socioeducativa é de classe economicamente menos favorecida. Percebe-se que a violência que envolve adolescentes se expressa em situações de conflito com a lei. Imprescindível atentar para a ligação entre a violência familiar e escolar, as quais devem ser foco das intervenções do setor saúde. Conforme Minayo (2006), estudos tem demonstrado que adolescentes agredidos fisicamente em casa, possuem quatro vezes mais probabilidade de serem agressivos na escola. Sendo assim, os profissionais da saúde e educação precisam estar preparados para diagnosticar e enfrentar estes problemas trazidos pelos adolescentes, que muitas vezes são um pedido de ajuda.

- **Interseccionalidade:** as diferenças nas condições de saúde entre grupos e os fatores que a influenciam, incluindo o acesso aos serviços de saúde definem as desigualdades em saúde. Sendo que, quando essas desigualdades são sistemáticas, injustas e evitáveis denominam-se iniquidades. Alguns autores consideram os padrões populacionais de saúde, doença e bem-estar como consequência da forma de vida e trabalho de cada grupo social, os quais são determinados pelos fatores econômicos e políticos da sociedade, de tal forma que não é possível separar o biológico, o social e o psíquico (OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021).

Salienta-se que os sistemas de desigualdade, muitas vezes, estruturam a maneira como os indivíduos se relacionam institucional e interpessoalmente, produzindo matrizes de dominação específicas de cada contexto social, as quais afetam diretamente a saúde. As matrizes de dominação compreendem organizações de poder em que o efeito de fatores como a raça e gênero potencializa as iniquidades. Desta forma, o que se denomina de interseccionalidade aponta que a combinação desses e outros fatores levam a uma série de desvantagens para os grupos não dominantes e, ao mesmo tempo, traz inúmeras vantagens para os grupos dominantes (OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021; AKOTIRENE, 2019; CRENSHAW, 2002).

No contexto brasileiro, de acordo com os autores supracitados, a colonização (grupo dominante formado por homens, brancos, descendentes de europeus, cristãos e heterossexuais) resultou em um processo histórico no qual não brancos constituem grupos historicamente excluídos e dominados, sendo relegados a determinados espaços e funções laborais específicas que passam a constituir seu local social.

Outra importante questão mencionada pelo autor é a discriminação, a qual é um meio de expressar relações sociais de dominação e opressão. As atitudes discriminatórias estão relacionadas a ações de motivação injusta, voltadas a classes ou grupos com determinadas características. Sendo assim, o preconceito e a discriminação, presentes nas relações sociais no Brasil, são também considerados determinantes sociais das iniquidades e das condições de saúde no Brasil.

Ao observar a trajetória do Estatuto da Juventude e sua interconexão com as políticas públicas de direitos humanos, focadas para intersecção entre violências de gênero, sexualidade, raça, etnia e classe, embora seja perceptível uma construção legal na tentativa de dilatar os espaços de atendimento, demais ações inclusivas e transversais, visando não só o enfrentamento como a prevenção em rede, é necessário salientar que entre a existência dos documentos até a sua efetivação há um longo e distante caminho (GREGORI; VERONESE, 2018, p.78).

- **Violência racial:** uma das expressões mais cruéis do racismo se manifesta nos números da violência. De acordo com o Atlas da Violência, em 2019 a soma de pretos e pardos (negros, conforme classificação do IBGE) representaram 77% das vítimas de homicídio, ou seja, uma taxa de 29,2 por 100 mil habitantes. Por outro lado, para os não negros (soma dos amarelos, brancos e indígenas) a taxa para cada 100 mil habitantes foi de 11,2, o que significa que um negro possui probabilidade 2,6 vezes superior de ser assassinado quando comparado a uma pessoa não negra. As mulheres negras representam 66% do total de mulheres assassinadas no Brasil, com uma taxa de mortalidade de 4,1 por 100 mil habitantes e as mulheres não negras possuem taxa de 2,5 (CERQUEIRA *et al.*, 2021).

Poucos são os estudos voltados para verificar as intersecções estabelecidas entre as situações de violência (morte, traumas, lesões e incapacidades) e local de moradia, gênero, faixa etária, educação formal, condições gerais de vida, ocupação, uso ou tráfico de drogas, orientação sexual, raça ou etnia. Desta forma, é importante ampliar pesquisas sobre causas externas de morbimortalidade e incorporar novas perspectivas de análise e interpretação dos dados para que subsidiem políticas públicas e a avaliação da qualidade da assistência prestada às vítimas de violência (LOPES, 2005).

No Brasil, o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) implementado em 2005, definiu o racismo institucional como (GELEDÉS, 2013):

O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p.22 apud GELEDÉS, 2013, p. 11).

Em se tratando da pesquisa acadêmica, faz-se necessário considerar que o racismo nem sempre é identificado, de forma explícita e mensurável. Sendo assim, não é suficiente apresentar análises das diferenças numéricas com significância estatística. Os estudos precisam considerar o contexto, tendo em vista os fatores históricos, sociopolíticos, econômicos e culturais que contribuem para existência, manutenção ou ampliação das diferenças entre determinados grupos. É necessário avaliar as diversas experiências vivenciadas por negros e não negros considerando uma dada condição social, sexo, idade, região de moradia, educação formal, origem familiar, ocupação, renda, orientação sexual, religião, capacidades e incapacidades, rede social e comunitária e as possibilidades de acesso aos serviços e bens sociais (LOPES, 2005).

Bullying: definido como uma subcategoria da violência, evidenciado por atos agressivos, repetitivos e com assimetria de poder entre pares, levando a sérias consequências à saúde dos adolescentes, os quais além de lidarem com as mudanças físicas e emocionais buscam aceitação pelas suas singularidades em meio à discriminação entre pares. Para que o *bullying* ocorra, faz-se necessária a convivência por período prolongado em um mesmo contexto ou ambiente como, por exemplo, a escola e/ou comunidades (PIGOZI; MACHADO, 2015).

Conforme Pigozi e Machado (2015), os tipos e formas de envolvimento dos adolescentes no *bullying* dividem-se em: direto nas formas físicas (bater, chutar, empurrar, abusar sexualmente, assediar, fazer gestos, danificar roupas e pertences, dentre outros) e verbal (importunar, insultar e apelidar); ou indireto, como atos de isolamento da vítima ou dispersão de rumores, atos de exclusão, dentre outros. Sendo muitas vezes pouco perceptível aos adultos devido a sutil disseminação e podendo levar a consequências mais graves como homicídio e suicídio. O *Cyberbullying*, violência entre pares que ocorre no ambiente virtual, é um problema complexo e de difícil solução, tendo em vista que muitas vezes ocorre de forma anônima, na velocidade das redes sociais e com acesso livre.

Pesquisas mencionadas pelos autores supracitados apontam que o motivo de crianças e adolescentes praticarem o *bullying* entre colegas pode estar vinculado a exemplos violentos e maus tratos parentais, à educação sem imposição de limites e à ausência de exemplo/educação familiar voltada para o respeito ao próximo.

Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2009) que, dentre outros aspectos, procurou identificar o *bullying* nas escolas brasileiras, tendo como objetivo perceber e descrever a ocorrência de *bullying* (humilhação ou provocação) realizados por colegas da escola, entre estudantes do 9º ano do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal (abrangência de 60.973 escolares e 1.453 escolas públicas e privadas), demonstrou que: 5,4% dos estudantes relataram ter sofrido *bullying* quase sempre ou sempre nos últimos 30 dias; 25,4% foram raramente ou às vezes vítimas de *bullying* e 69,2% não sentiram nenhuma humilhação ou provocação; meninos relatam mais *bullying* (6,0%) do que as meninas (4,8%); não constatou-se diferença entre escolas públicas e privadas; nem em relação à cor/raça, ou escolaridade materna. Os dados demonstram necessidade de trabalhar a prevenção do *bullying* através de ações intersetoriais e políticas educacionais (MALTA, *et al.*, 2010).

Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2012), entre os estudantes do 9º ano, 7,2% sofreu *bullying* pelos colegas da escola, sendo percentual maior

entre o sexo masculino (7,9%) se comparado ao feminino (6,5%). Ocorreu aumento de *bullying* nas capitais passando de 5,4% (2009) para 7,2% (2012) (MALTA, *et al.*, 2014).

Em se tratando do contexto familiar, são apontados como fatores de risco para o *bullying* a falta de afetividade dos pais, permissividade e agressividade entre irmãos, colegas e adultos; rejeição; superproteção; pais negligentes; dificuldades de comunicação com os pais; uso de castigos físicos e rompantes emocionais para disciplinar os filhos. Sendo assim, a violência familiar é considerada um dos fatores de risco para o *bullying* escolar, devendo ser incluída nas propostas de intervenção e enfrentamento desta situação (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

Cabe destacar alguns instrumentos de vigilância em saúde criados pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito da violência contra crianças e adolescentes, os quais abrangem a saúde e outros ministérios do campo social (BRASIL, 2016, p.13-14):

- Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, que altera o título VI da Parte Especial do Código Penal (“Crimes contra a dignidade sexual”), e a Lei nº 8.072/1990, que dispõe sobre os crimes hediondos e revoga a Lei nº 2.252/1954, que trata de corrupção de menores.
- Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências; orientação para gestores e profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2010).
- Lei nº 12.650, de 17 de maio de 2012, conhecida como Lei Joana Maranhão, que altera o Código Penal com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes.
- Carta de Constituição de Estratégias em Defesa da Proteção Integral dos Direitos da Criança e do Adolescente – Anexo II Estratégia Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (9 de outubro de 2012).
- Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2013).
- Lei nº 12.978, de 21 de maio de 2014, que altera o nome jurídico do artigo 218-B do Código Penal para “favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável” e acrescenta inciso ao artigo 1º da Lei nº 8.072, para classificar como hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança, adolescente ou vulnerável.
- Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante.

Tendo em vista todas as questões expostas até o momento, é de suma importância que os profissionais dos serviços de saúde e educação estejam atentos às situações suspeitas ou confirmadas de violência, preencham a notificação e realizem ações para que a violência seja interrompida, além de pensar em ações e políticas públicas voltadas à prevenção da violência interpessoal e autoprovocada.

2.4 PERCURSO DA VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO BRASIL

Tendo em vista enfrentar o problema da violência, o Ministério da Saúde ao longo dos últimos anos realizou várias ações na esfera Federal, Estadual e Municipal. Em 2001 foi criada a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001), aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Resolução nº 309, de 8 de março de 2001. Esta Política, além de estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais, coloca como pressuposto básico a articulação intrasetorial e intersetorial tendo como prioridade a estruturação da Vigilância de violências e acidentes com destaque a implantação da notificação de violência (BRASIL, 2005; BRASIL, 2016).

A Portaria nº 1.968 publicada pelo Ministério da Saúde em 2001 estabeleceu a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nos serviços do SUS. Cabe salientar que o Estatuto da Criança e adolescente (ECA) institui em 1990 a obrigatoriedade da comunicação de violência praticada contra crianças e adolescentes através da Lei nº 8.069/1990 (BRASIL 2016).

Em 2005 ocorreu o aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, através da aprovação da Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências (BRASIL 2016).

Em 2006 houve a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 687, com carácter transversal e estratégico contemplando os condicionantes e determinantes das violências e dos acidentes no país. Neste mesmo ano foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva), através da Portaria MS/GM nº 1.356 tendo em vista a vigilância contínua e vigilância sentinela. Ainda em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto, foram instituídas as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, com o intuito de vincular essas pessoas aos serviços de saúde tendo em vista a intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2016).

A partir de 2006 com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), o Ministério da Saúde ampliou o monitoramento dos casos de violência em todos os ciclos de vida, sendo que este sistema possui dois componentes (BRASIL, 2016):

- Vigilância contínua (Viva Contínuo/SINAN), que capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde e utiliza como instrumento de coleta a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);

- Vigilância sentinela (Viva Inquérito), realizada através de pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência, durante 30 dias consecutivos. O instrumento de coleta é a Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, registrada em sistema Epi Info. A periodicidade da pesquisa era inicialmente a cada ano, bienalmente entre 2007 e 2011 e, a partir de então, a cada três anos.

A Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual por meio da promoção, prevenção e Vigilância à Saúde objetivou estimular o desenvolvimento de ações de saúde e de educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e dos acidentes. Uma das prerrogativas da política é ampliar o acesso e o acolhimento aos casos agudos nos serviços de saúde em todos os pontos da RAS (BRASIL, 2016).

O processo de vigilância de violências conjuntamente com as políticas de atenção integral à saúde, proteção e garantia de direitos foi reforçado com o Portaria MS/GM nº 1.271 de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na âmbito municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos (BRASIL, 2016).

Em 2014, com a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde e publicação da Portaria nº 2.446 de 11 de novembro, destacou-se como prioridade o enfrentamento das violências sendo seus objetivos a promoção da equidade, da intersetorialidade, da territorialidade, a participação social e a melhoria das condições e dos modos de viver, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Além de promover a cultura da paz e do desenvolvimento humano seguro, saudável e sustentável (BRASIL, 2016).

2.5 NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

A notificação de violências foi inserida no SINAN em 2009, sendo que o processo de implantação foi gradual e por adesão dos estados e municípios conforme ocorria a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e com as prioridades definidas no processo de implantação do Viva. Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 a notificação de violência passou a integrar a lista de notificações compulsórias, sendo obrigatória em todos os serviços de saúde.

Desta forma, a ficha de notificação individual (ANEXO A) passou a ser utilizada para notificação de todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades. Em se tratando de casos de violência extrafamiliar/comunitária, devem ser notificados os casos de violências contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. A notificação deve ser preenchida em duas vias, uma fica na unidade notificadora e a outra deve seguir para o setor de Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) do município para digitação e consolidação dos dados (BRASIL, 2016).

Nas situações de notificação de violência contra crianças e adolescentes, deve ser feita obrigatoriamente comunicação ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nos casos de violência contra a pessoa idosa também deve ser realizada a comunicação às autoridades competentes, conforme determina o Estatuto do Idoso. O Município, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela implantação da vigilância contínua de violências, que compreende desde a digitação, a consolidação, a análise dos dados, a divulgação das informações até o envio das bases para a Secretaria Estadual da Saúde (SES) e, após, ao Ministério da Saúde. Através da Vigilância contínua pretende-se realizar articulação e integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência, tendo em vista à atenção integral no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos (BRASIL, 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) no atendimento a situações de violência, é de extrema importância que o município esteja organizado de modo que:

Os fluxos de referência e contrarreferência devem estar configurados em rede, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado. Propõe-se que a notificação represente um instrumento chave para a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral destinada às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2016, p. 19).

Conforme Vêras *et al.* (2007), um dos principais desafios dos sistemas é garantir a confiabilidade das informações e a construção de indicadores sociais, de saúde e integralidade. Faz-se necessário desenvolver formas de avaliação da cobertura, da acessibilidade, da eficácia, da efetividade e do impacto das ações das equipes de ESF. Além disso, é imprescindível melhorar a qualidade da informação, garantir o *feedback* entre os que produzem e processam os dados, publicar periodicamente boletins com informações atualizadas, desenvolver pesquisas e, prioritariamente, auxiliar na construção da integralidade da atenção (VÉRAS *et al.*, 2007).

Dentre as lacunas apontadas pelo Relatório mundial sobre prevenção da violência 2014 (OMS, 2015) *está a falta de dados, que impede o reconhecimento da extensão do problema relacionado à violência interpessoal.* A falta de dados e/ou a **incompletude** dificulta o desenvolvimento de políticas nacionais, programas de prevenção e serviços efetivos voltados para o atendimento das vítimas.

O percentual médio de preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Brasil em 2016 foi de 84,4%, sendo classificado como preenchimento regular. A completude foi classificada como regular em todas as regiões geográficas, variando de 76,7% no Nordeste a 89,9% no Sul. Dentre os Estados brasileiros, o maior percentual médio de completude foi identificado no Tocantins (94,1%) enquanto o pior desempenho foi observado em Sergipe (61,7%) (BRASIL, 2019b).

Certamente o preenchimento adequado da ficha de notificação interpessoal e autoprovocada possibilitará identificar o perfil epidemiológico dos casos notificados de violência, o que embasará o planejamento e implementação de ações voltadas para a prevenção e atendimento às pessoas em situação de violência.

2.6 PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA E ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Faz-se necessário implantar programas de prevenção tendo em vista alcançar reduções significativas e sustentáveis das taxas de violência. Além disso, em termos globais, o atendimento à vítima recebe mais atenção do que as medidas preventivas, mesmo assim, mais de 50% dos países pesquisados não dispõe de serviços de saúde mental e de proteção a adultos. Em todo o mundo, leis relevantes para todos os tipos de violência são fracamente aplicadas e as políticas sociais e educacionais, as quais atingem inúmeros tipos de violência ainda são escassas em muitos países (OMS, 2015).

Em se tratando de prevenção das violências no âmbito da saúde pública, precisa-se atentar para os três níveis. A primária visa evitar a violência antes que ela ocorra. A secundária abrange as respostas mais imediatas à violência, englobando a assistência pré-hospitalar, serviços de emergência ou tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (em caso de estupro). A prevenção terciária tem em vista a assistência em longo prazo, englobando a reabilitação e reintegração, procurando reduzir o trauma ou a invalidez de longo prazo associada à violência (OMS, 2002).

Até o momento visualizam-se muito mais esforços voltados às respostas secundárias e terciárias a violência, possivelmente por ser dada prioridade às consequências imediatas da violência, apoiando as vítimas e punindo os criminosos. Porém, é extremamente importante que sejam acompanhadas de maiores investimentos na prevenção primária, procurando não só proteger e apoiar as vítimas da violência, mas também evitando que ela ocorra ou se repita e procurando alterar as condições que dão origem à violência. A saúde pública deve contemplar à saúde e o bem-estar das populações, sendo que a violência repercute de forma mais evidente no bem-estar. O objetivo da saúde pública, em conjunto com os demais setores da sociedade (assistência social, educação, segurança, dentre outros) é criar comunidades seguras e saudáveis (OMS, 2002).

Desta forma, é extremamente importante que haja o fortalecimento do diálogo entre gestão, equipes de Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde, tendo em vista eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados no território e definir as ações mais adequadas partindo da realidade local. Planejar, monitorar e analisar em conjunto as ações da APS e da Vigilância em saúde proporciona mudanças positivas no cuidado e no processo de saúde e doença da população quando realizada com base nas necessidades do território. Sendo assim, dados gerados pelos sistemas de informação da APS e da Vigilância

em Saúde, tais como dados de notificações de violência interpessoal e autoprovocada, geram indicadores que devem ser amplamente utilizados para análise, acompanhamento e utilização no planejamento estratégico local, bem como para a formulação de políticas públicas no contexto Municipal, Estadual e Federal (BRASIL, 2018a).

Uma questão extremamente relevante em se tratando da prevenção e enfrentamento à violência é a promoção da cultura da paz. Sendo que para isso é imprescindível que haja participação ativa das instituições de ensino (escolas e universidades), tendo em vista promover uma transformação na prática pedagógica com o intuito de criar multiplicadores do conhecimento na construção de boas práticas de promoção da saúde e cultura da paz, inspirando os jovens a se tornarem agentes propagadores da cultura da paz. Essa metodologia propõe uma reflexão sobre a construção da cultura da paz em ação, em que há a formação de um legado cultural por meio de atos individuais que se modificam de geração em geração. Trabalhar essa temática, em todos os níveis educacionais, é um caminho essencial para construir uma sociedade pacífica, pois a cultura da paz se faz com a Educação para a paz (PARANÁ, 2022).

É fundamental estabelecer pautas constantes nas rodas de conversa nas escolas e universidades; promover o protagonismo juvenil em prol da não violência de qualquer tipo; estimular e educar para a constituição de convivências positivas fortalecidas em valores e princípios éticos com foco na compreensão da importância do respeito ao próximo e a cidadania frente à diversidade e ao diferente. Um dos fatores essenciais da não violência é buscar não destruir a pessoa, mas transformá-la (PARANÁ, 2022, p. 24-25).

A prevenção da violência e a construção da cultura da paz estão diretamente relacionadas e só será possível promover mudanças com o envolvimento dos diversos setores da sociedade (educação, saúde, segurança, assistência social, dentre outros) e da sociedade civil como um todo.

2.7 O CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Com início em março de 2020, momento em que a doença Covid-19 tomou proporções pandêmicas, sendo que até o momento não há possibilidade de tratamento farmacológico e tendo em vista que a imunização iniciou apenas em 2021 para a população Brasileira, a forma de conter sua disseminação no período de março de 2020 a 2021 foi através do distanciamento físico. Desta forma, desde 11 de março de 2020, quando a OMS reconheceu a doença Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), havendo a

recomendação sanitária de distanciamento físico como forma de evitar o contágio, as atividades de crianças e adolescentes fora de suas residências foram reduzidas (frequentar as aulas, circular em ambientes públicos e conviver com amigos) restringindo seu espaço social e permanecendo mais tempo no ambiente intradomiciliar (PLATT; GUEDERT; COELHO, 2021).

O espaço domiciliar, ambiente mais seguro para a proteção do contágio pelo coronavírus, enquanto não havia vacina disponível para todo o contingente populacional, pode ter sido um local inseguro para crianças e adolescentes, tendo em vista a violência doméstica.

Estudo realizado por Platt, Guedert e Coelho (2021) no Estado de Santa Catarina apontou uma redução em 55,3% no número de notificações de violência no período de distanciamento físico. O estudo alerta para o fato de que, a redução do número de notificações de violências contra crianças e adolescentes não parece traduzir diminuição na incidência deste agravo, mas sim pode demonstrar dificuldades em realizar as denúncias e acionar os recursos sociais existentes para o cuidado às vítimas.

Outro estudo sobre notificações de violência infanto-juvenil no Estado do Rio Grande do Sul, de 2015 a 2020 identificou redução de 54% na notificação de casos de violência neste grupo durante os meses de março e abril de 2020, período de maior índice de distanciamento físico, comparado com o mesmo período de 2019 (LEVANDOWSKI *et al.*, 2021).

Portanto, em momentos de pandemia, com o distanciamento físico e consequente permanência das crianças e adolescentes por mais tempo nos domicílios, torna-se imprescindível que a sociedade fique atenta para a suspeita e evidência de casos de violência. Precisa-se ter formas eficientes e seguras para as denúncias, notificações e atendimento rápido dos casos, tendo em vista a proteção das vítimas, redução dos danos e impedir que a violência se repita.

Em agosto de 2020 a UNICEF lançou publicação alertando para a necessidade de proteger as crianças da violência em tempos de Covid-19, tendo em vista as interrupções na prevenção e serviços de atendimento. Ao analisar estudos de epidemias passadas constatam-se impactos devastadores na notificação de violência contra crianças e na prestação de serviços vinculados. Por exemplo, durante o surto de Ebola na África Ocidental, as estruturas de bem-estar infantil e os mecanismos comunitários ficaram restritos e as respostas de proteção à criança foram afetadas de alguma forma. Além da questão vinculada as atividades intersetoriais e rede de proteção, durante pandemias de saúde como da Covid-19, a restrição de contato com redes informais de apoio (amigos, professores, cuidadores de crianças, familiares e membros da comunidade), aumenta a vulnerabilidade de crianças e famílias.

Ademais, a pandemia pode resultar na perda do cuidado parental (por morte, doença ou separação), fazendo com que as crianças sejam expostas a maior risco de violência, negligência e exploração. Outra questão relevante foi o aumento dos estressores no contexto familiar, como perda de emprego, perda de entes queridos, crianças em tempo integral em casa, pais tendo que auxiliar nas atividades escolares, dentre outros, o que ocasionou fragilização da saúde mental. As incertezas relacionadas à economia, evolução da pandemia, atraso na vacinação (enquanto outros países já estavam realizando-a), priorização do atendimento aos casos de Covid-19, tendo como consequência a possível redução do acesso para atendimento a outras doenças e agravos, dentre outros fatores prejudicaram a saúde mental e contribuíram para a fragilização das relações familiares e comunitárias.

Sendo assim, a UNICEF (2020) sugere que em tempos de crise, os governos priorizem a manutenção ou adaptação de serviços voltados ao atendimento, proteção e prevenção da violência contra crianças, incluindo designar assistentes sociais como essenciais e garantir que sejam protegidos, fortalecer as linhas de apoio à criança e disponibilizar recursos positivos para os pais.

Em suma, são inúmeras as questões que envolvem as situações de violência, tornando-a complexa e de difícil enfrentamento, por isso necessita-se qualificar os dados nos sistemas de informação para que se possa, partindo da realidade local, propor ações para o enfrentamento da violência, desde sua prevenção até o atendimento às vítimas, envolvendo os diversos setores da sociedade.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo descritivo e ecológico, o qual utilizou como fonte o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mais especificamente dados relacionados à violência interpessoal e autoprovocada no município de Caxias do Sul, no período de 2015 a 2020.

Cabe destacar que a pesquisa descritiva é utilizada para identificar características de determinada população ou fenômeno, podendo também ser utilizada para estabelecer relações entre as variáveis. Não possui o compromisso de explicar tais fenômenos, porém poderá embasar tal explicação (ALMEIDA, 2012; GIL, 2010). Os estudos descritivos possuem o objetivo de determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, tendo em vista o tempo, o lugar e as características dos indivíduos, podendo fazer uso de dados secundários e primários (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). De acordo com Prestes (2003), na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem haver interferência do pesquisador, ou seja, o pesquisador estuda os fenômenos, mas não os manipula.

A epidemiologia descritiva analisa como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma determinada doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características (sexo, idade, escolaridade, renda, dentre outras). A epidemiologia possibilita identificar grupos de risco para fins de prevenção, bem como gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Os estudos analíticos pretendem identificar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde, sendo um dos seus delineamentos o estudo ecológico. No estudo ecológico, tanto a exposição quanto à ocorrência do evento de interesse são determinados para grupos de indivíduos, podendo-se realizar inferências.

Nos estudos ecológicos, compara-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas. Em um estudo ecológico típico, medidas de agregados da exposição e da doença são comparadas. Nesse tipo de estudo, não existem informações sobre a doença e exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo. Uma das suas vantagens é a possibilidade de examinar associações entre exposição e doença/condição relacionada na coletividade. Isso é particularmente importante quando se considera que a expressão coletiva de um fenômeno pode diferir da soma das partes do mesmo fenômeno. Por outro lado, embora uma associação ecológica possa refletir, corretamente, uma associação causal entre a exposição e a doença/condição relacionada à saúde, a possibilidade do viés ecológico é sempre lembrada como uma limitação para

o uso de correlações ecológicas. O viés ecológico – ou falácia ecológica – é possível porque uma associação observada entre agregados não significa, obrigatoriamente, que a mesma associação ocorra em nível de indivíduos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003, p. 194).

3.1 LOCAL DO ESTUDO

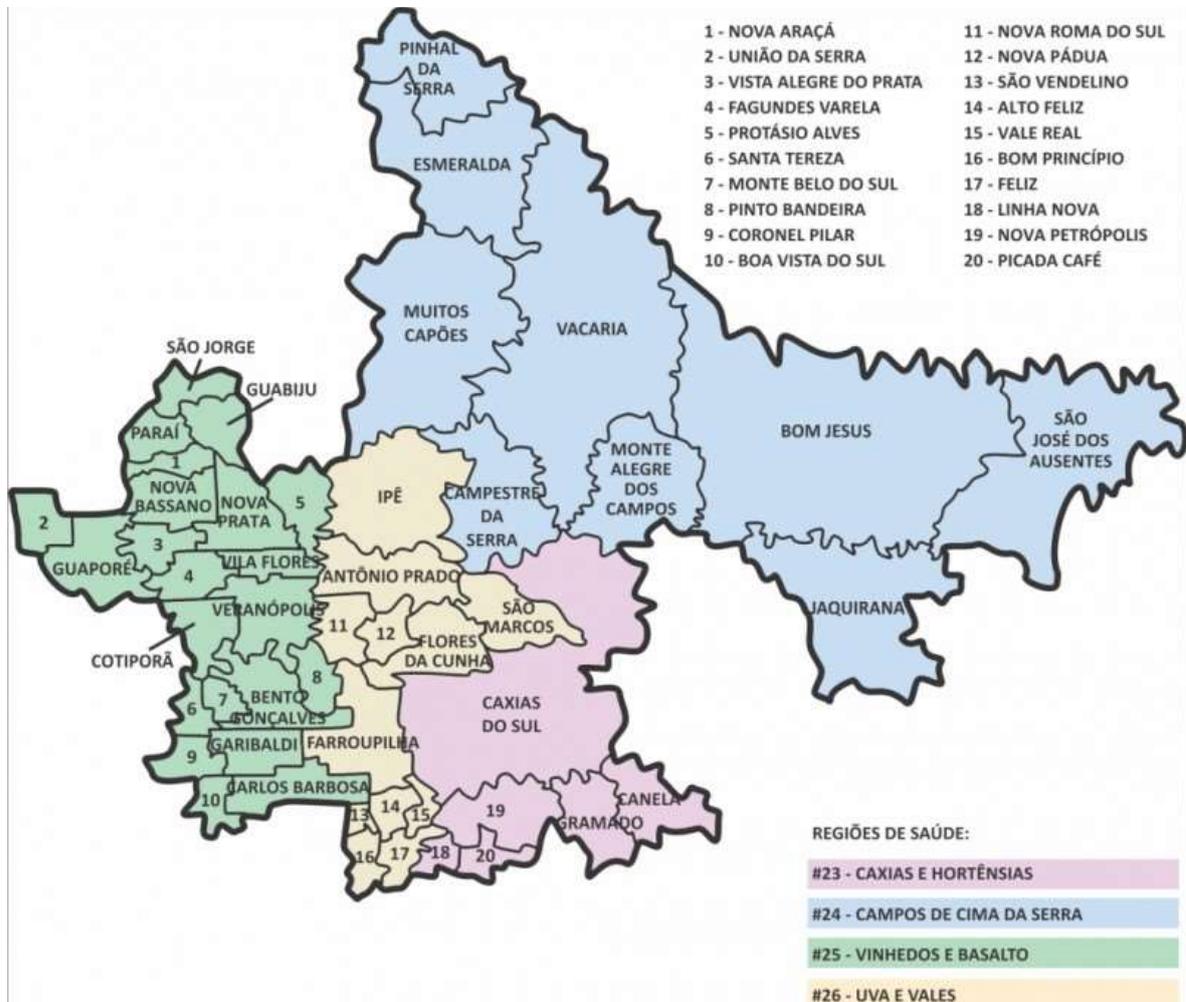
3.1.1 O Município de Caxias do Sul

O estudo abrange as notificações de violência interpessoal e autoprovocada emitidas por serviços do município de Caxias do Sul – RS e registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A cidade de Caxias do Sul (Rio Grande do Sul) possui população estimada de 523.716 habitantes (IBGE, 2021), densidade demográfica de 264,89 hab./km² (IBGE, 2010a), cobertura populacional estimada na Atenção Primária à Saúde, em abril de 2022, de 46,15% (BRASIL, 2022c).

Faz parte da 5^o Coordenadoria Regional de Saúde, Região 23 – Caxias e Hortênsias, a qual é composta por 49 municípios (Alto Feliz, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata), conforme demonstrado na figura 1 (RIO GRANDE DO SUL, 2022b).

Figura 1 - Mapa da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS



Fonte: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde – SES – RS, 2022b.

A cidade de Caxias do Sul dispõe de 50 Unidades de Saúde na APS, 1 Equipe de Consultório de Rua - ECR e 1 Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I - EMAD (BRASIL, 2022b). O município conta com 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 5 Hospitais, Rede de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades em Saúde e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além das unidades de Assistência Social.

Em se tratando da rede de ensino, possui 297 escolas de ensino infantil - creche (222 privadas), 291 escolas de ensino infantil – pré-escolar (68 municipais e 223 privadas), 140 escolas de ensino fundamental de anos iniciais (82 municipais, 39 estaduais e 19 privadas), 127 escolas de ensino fundamental de anos finais (69 municipais, 43 estaduais e 15 privadas) e 44 escolas de ensino médio (IBGE, 2021).

3.1.2 Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) é responsável pela gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Caxias do Sul. Integra a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, cuja abrangência é de 49 municípios na região Nordeste do Rio Grande do Sul (Figura 1). É de responsabilidade da SMS a formulação e a implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade aos usuários do SUS. A missão da secretaria é prestar atenção integral à saúde da população da cidade, o que inclui desde a assistência básica até o atendimento aos casos mais complexos, incluindo a atenção hospitalar e aos casos de urgência e emergência (CAXIAS DO SUL, 2021).

A estrutura de saúde de Caxias do Sul é ampla e consiste em serviços de baixa, média e alta complexidade. Seguem alguns serviços: 50 Unidades de saúde na APS (50 equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF, 29 Equipes de Atenção Primária - EAP, 2 Equipes de Atenção Primária Prisional – EAPP, 43 Equipes de Saúde Bucal – ESB, 155 Agentes Comunitários de Saúde – ACS e 24 visitantes do Programa Primeira Infância Melhor - PIM), 1 Equipe de Consultório de Rua – ECR e 1 Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I - EMAD (BRASIL, 2022b), Assistência farmacêutica, Cadastro CNES, Cadastro Nacional de Saúde (cartão SUS), Centro à Vida (Complexo de Exames diagnósticos e por imagem), Central de Regulação de leitos, Central de Regulação Ambulatorial, Centro de especialidades odontológicas (CEO), Hemocentro Regional de Caxias do Sul, Vigilância em Saúde (Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde do Trabalhador), Rede de Atenção Psicossocial (Unidade de Acolhimento Adulto, Ambulatório de Atendimento Integral a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-tratos, Centro de Atenção Integral à Saúde Mental, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Drogas III, 2 Centros de Atenção Psicossocial II, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Serviços Residenciais Terapêuticos e Urgência e Emergência 24 horas em Saúde Mental), Departamento de Avaliação, Controle, Regulação e Auditoria (DACRA), Centro especializado de saúde (CES), o qual oferece serviços como: Ambulatório de doenças respiratórias do adulto (ADREA), Ambulatório de doenças respiratórias pediátrico (ADREP), Ambulatório de pequenas cirurgias, Serviço municipal de infectologia, Farmácia Básica Municipal, Farmácia Especializada e Farmácia do Componente Estratégico, Serviço de estomizados, Programa Respirando em Casa e consultas com especialidades médicas de diversas áreas. Além da rede hospitalar e urgência e emergência (UPA e SAMU) (CAXIAS DO SUL, 2021).

Dentre os serviços prestados pelo Hospital Geral de Caxias do Sul está o Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS), o qual foi implantado em setembro de 2001. Baseado nas normas técnicas do Ministério da Saúde, o programa é voltado, preferencialmente, às vítimas de agressões recentes, tendo em vista a proteção contra infecções sexualmente transmissíveis. O serviço também presta atendimento humanizado às mulheres em situação de aborto previsto em lei, acolhendo casos de interrupção de gravidez legalmente amparada, em virtude de violência sexual, doença materna grave que põe em risco a vida da gestante e por motivo de interrupção terapêutica (fetos incompatíveis com a vida extrauterina) (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL, 2022).

3.2 COLETA DOS DADOS

Utilizou-se como fonte o banco de dados do SINAN, mais especificamente notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos do município de Caxias do Sul/RS, no período de 2015 a 2020, conforme demonstrado na figura 1.

O projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública/Secretaria da Saúde – ESP/SES/RS (ANEXO B) e carta de anuência da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul – RS (ANEXO C).

Delineamento

Figura 2 - Esquema ilustrativo do delineamento do estudo e etapas desenvolvidas na execução.



Fonte: própria autora.

Estes dados foram fornecidos pela Secretaria Estadual da Saúde (SES), Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET – Tabwin, dados extraídos em 10 de novembro de 2021 (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

3.2.1 População alvo

Crianças e adolescentes de 0 a 19 anos do município de Caxias do Sul - RS, com notificação de violência interpessoal e autoprovocada registrada no SINAN, compreendendo o período de 2015 a 2020.

3.2.2 Seleção do grupo para estudo

Foram selecionadas todas as notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes (faixa etária de zero a 19 anos) do município de Caxias do Sul - RS, registradas no SINAN compreendendo o período de 2015 a 2020.

Utilizou-se para a definição da faixa etária de criança e adolescente a faixa definida pela OMS, tendo em vista que se trata do parâmetro utilizado pela Vigilância de Violências e Acidentes (BRASIL, 2016). Considerando-se desta forma:

Violência contra criança – ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 9 anos, independente do tipo ou natureza da violência;

Violência contra adolescente – ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independente do tipo ou da natureza da violência;

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define criança na faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, porém o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos (BRASIL, 2016).

3.2.3 Procedimento para a coleta dos dados

Os dados foram disponibilizados pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), compreendendo o período de 2015 a 2020.

Cabe salientar que os dados são coletados na rotina dos serviços de saúde, através do preenchimento da ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (ANEXO A), pois se trata de notificação compulsória, a ficha é encaminhada para o setor de DANTs da Secretaria Municipal da Saúde que insere no SINAN, formando um banco de dados que, após é enviado para a Secretaria Estadual de Saúde – RS e posteriormente para o Ministério da Saúde e parte destes dados é disponibilizado para consulta pública. Desta forma, após o recebimento do bando de dados do CEVS, foi utilizada, como roteiro para a coleta dos dados do presente estudo, a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada, a qual abrange 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 são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT. Sendo selecionadas somente as notificações compreendidas na faixa etária de zero aos 19 anos.

A coleta dos dados compreendeu os campos da ficha de notificação descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Descrição do bloco, número do campo, descrição do campo e peculiaridades conforme a faixa etária das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada selecionadas, segundo Instrutivo de Notificação do SINAN 2ª edição.

Bloco	Número do campo	Descrição do campo	Peculiaridades conforme faixa etária
Dados gerais	8	Unidade de Saúde	
Notificação individual	11	Data de nascimento	
	12	Idade	
	13	Sexo	
	14	Gestante	
	15	Raça/cor	
	16	Escolaridade	
Dados de residência	22	Bairro	
	31	Zona	
Dados da pessoa atendida	35	Situação conjugal	Essencial acima de 10 anos.
	36	Orientação sexual	Campo obrigatório acima de 10 anos.
	37	Identidade de gênero	Campo obrigatório acima de 10 anos.
	38	Deficiência ou transtorno	

Bloco	Número do campo	Descrição do campo	Peculiaridades conforme faixa etária
Dados da ocorrência	52	Local da ocorrência	
	53	Ocorreu outras vezes?	
	54	A lesão foi autoprovocada?	
Violência	55	Essa violência foi motivada por:	
	56	Tipo de violência	
	57	Meio de Agressão	
Violência sexual	58	Se ocorreu violência sexual, qual tipo?	
Dados do provável autor da violência	60	Número de envolvidos	
	61	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	
	62	Sexo do provável autor da violência	
	63	Suspeita de uso de álcool	
	64	Ciclo de vida do provável autor da violência	
Encaminhamento	65	Encaminhamento	

Fonte: Própria autora (BRASIL, 2016).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma a descrever o perfil sociodemográfico das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes e, também, analisar a qualidade do preenchimento dos campos da ficha de notificação, identificando os campos não preenchidos (em branco ou identificados como ignorado) e a frequência.

3.3.1 Análise da qualidade do preenchimento dos campos da ficha de notificação

Foram selecionadas para a avaliação da completude as variáveis descritas no quadro 2, tendo em vista sua importância para análises epidemiológicas, bem como para monitoramento das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes.

Conforme o Viva – Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (BRASIL, 2016), a ficha de notificação é dividida em blocos e possui campos de preenchimento obrigatório, campo essencial e campo chave, conforme descrição a seguir:

Campo de preenchimento obrigatório: ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no SINAN.

Campo Essencial: apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

Campo chave: identifica o registro no sistema.

Quadro 2 - Descrição do bloco, número do campo, descrição do campo, tipo de resposta e critério de preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada selecionadas, segundo Instrutivo de Notificação do SINAN 2ª edição.

Bloco	Número do campo	Descrição do campo	Tipo de resposta¹	Critério de preenchimento
Dados gerais	8	Unidade de Saúde	Única	Obrigatório
Notificação individual	11	Data de nascimento	Única	Obrigatório
	12	Idade	Única	Obrigatório
	13	Sexo	Única	Obrigatório
	14	Gestante	Única	Obrigatório
	15	Raça/cor	Única	Essencial
	16	Escolaridade	Única	Essencial
Dados de residência	22	Bairro	Única	Essencial
	31	Zona	Única	Essencial
Dados da pessoa atendida	35	Situação conjugal	Única	Essencial acima de 10 anos
	36	Orientação sexual	Única	Obrigatório acima de 10 anos.
Dados da pessoa atendida	37	Identidade de gênero	Única	Obrigatório acima de 10 anos.
	38	Deficiência ou transtorno	Única	Essencial
Dados da ocorrência	52	Local da ocorrência	Única	Obrigatório
	53	Ocorreu outras vezes?	Única	Essencial
	54	A lesão foi autoprovocada?	Única	Essencial
Violência	55	Essa violência foi motivada por:	Única	Obrigatório
	56	Tipo de violência	Única - a principal (10) ^a	Obrigatório
	57	Meio de Agressão	Múltipla (9) ^b	Essencial
Violência sexual	58	Se ocorreu violência sexual, qual tipo?	Múltipla (5) ^c	Essencial
Dados do provável autor da violência	60	Número de envolvidos	Única	
	61	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	Múltipla (18) ^d	Obrigatório
	62	Sexo do provável autor da violência	Única	Obrigatório

Bloco	Número do campo	Descrição do campo	Tipo de resposta ¹	Critério de preenchimento
Dados do provável autor da violência	63	Suspeita de uso de álcool	Única	
	64	Ciclo de vida do provável autor da violência	Única	Obrigatório
Encaminhamento	65	Encaminhamento	Múltipla (14) ^e	Obrigatório

Fonte: BRASIL, 2016; BRASIL, 2019b.

¹ Entre parênteses foi informado o número de opções de resposta.

a) Tipo de violência: física; psicológica/mental; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; intervenção legal; outros.

b) Meio de agressão: força corporal/espantamento; enforcamento; obj. contundente; obj. perfuro-cortante; substância/obj. quente; envenenamento, intoxicação; arma de fogo; ameaça; outro.

c) Tipo de violência sexual: assédio sexual; estupro; pornografia infantil; exploração sexual; outros.

d) Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: pai; mãe; padrasto; madrasta; cônjuge; ex-cônjuge; namorado(a); ex-namorado(a); filho(a); irmão(ã); amigos/conhecidos; desconhecido(a); cuidador(a); patrão/chefe; pessoa com relação institucional; policial/agente da lei; própria pessoa; outros.

e) Encaminhamento: rede da saúde; rede da assistência social; rede da educação; rede de atendimento à mulher; Conselho Tutelar; Conselho do Idoso; Delegacia de atendimento ao idoso; Centro de Referência dos Direitos Humanos; Ministério Público; Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente; Delegacia de Atendimento à Mulher; outras Delegacias; Justiça da Infância e da Juventude; Defensoria Pública.

Foi calculada a proporção de completude para cada uma das variáveis considerando o total de notificações de Caxias do Sul na faixa etária de 0 a 19 anos, no período de 2015 a 2020.

A avaliação da completude foi realizada através do percentual de registros com informação ignorada e/ou em branco, sendo utilizada a classificação segundo escore de Romero e Cunha, a qual determina como: excelente ($\geq 95\%$), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ($< 50\%$) (BRASIL, 2019b; ROMERO; CUNHA, 2007).

3.3.2 Descrição do perfil sociodemográfico

As variáveis descritas no quadro 1, foram selecionadas tendo em vista descrever o perfil sociodemográfico das vítimas de violência interpessoal e autoprovocada.

Cabe salientar que, independente do percentual de completude, o dado foi apresentado tendo sempre a ressalva sobre a proporção de informação ignorada ou não preenchida.

A análise foi realizada de forma a demonstrar a frequência e proporção em que ocorrem, sendo utilizado para isso o *software* Microsoft Excel 2010 e o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Os mapas foram gerados com o uso do *Software* de Geoprocessamento QGIS, versão 3.4.2 – Madeira.

Os mapas foram gerados para demonstrar o número de notificações por bairro de Caxias do Sul, conforme o bairro de residência da pessoa atendida. Ao realizar a análise descritiva constatou-se que 98,95% das notificações possuíam o dado correspondente ao bairro de residência da pessoa atendida no campo correspondente da ficha. Todavia, identificou-se que a maior parte daqueles dados era, contudo, referente ao loteamento de residência. Portanto houve a necessidade de recompor o dado, identificando cada bairro a que pertencia o loteamento anotado na ficha, para assim ser possível ter o dado disponível pelo bairro. Além desse passo, quando não foi possível identificar o bairro a partir do loteamento, realizou-se a pesquisa através do nome da rua/logradouro. A identificação do bairro correspondente a cada loteamento ou rua/logradouro indicado foi realizada pela consulta no GeoCaxias – Mapa Público (CAXIAS DO SUL, 2022).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa atende a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados utilizados são oriundos da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e foram fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado (SES), Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET – Tabwin, dados extraídos em 10 de novembro de 2021 (RIO GRANDE DO SUL, 2021), mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS (Parecer Consubstanciado número 4.692.813 de 5 de maio de 2021 e CAAE 44796121.2.0000.5347) e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública/Secretaria da Saúde – ESP/SES/RS (Parecer Consubstanciado número 4.822.812 de 2 de junho de 2021 e CAAE 44796121.2.3001.5312), não havendo acesso a identificação das vítimas de violência (ANEXO B).

A seguir serão apresentados os resultados obtidos, bem como a análise da completude.

4 RESULTADOS

Apresenta-se a seguir a análise das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de Caxias do Sul, de 2015 a 2020, contemplando: o contexto; o perfil das notificações de violência; a qualidade do preenchimento da ficha de notificação; discussão e proposição de estratégias, com o intuito de melhorar quantitativa e qualitativamente as notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada nesta faixa etária.

4.1 CONTEXTO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA NO BRASIL E RIO GRANDE DO SUL, 2015 A 2020

Conforme dados de domínio público, extraídos do SINAN (BRASIL, 2022a) descritos na tabela 1, o Brasil teve o total de 1.882.364 notificações de violência interpessoal e autoprovocada no período de 2015 a 2020. Sendo que destas, 39% concentraram-se na faixa etária de 0 a 19 anos.

Tabela 1 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo ano de notificação e faixa etária, Brasil, 2015 a 2020.

Faixa Etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ign/Branco	488	0,21	789	0,32	93	0,03	18	0,01	928	0,23	1	0,00	2.317	0,12
<1 Ano	6.972	3,06	7.231	2,97	10.316	3,36	10.678	3,05	9.840	2,43	9.947	2,86	54.984	2,92
01 a 4 anos	13.366	5,86	15.178	6,24	19.958	6,49	22.055	6,30	22.701	5,60	19.932	5,73	113.190	6,01
05 a 9 anos	12.564	5,51	13.746	5,65	16.042	5,22	18.366	5,24	19.462	4,80	15.717	4,52	95.897	5,09
10 a 14 anos	21.817	9,57	24.207	9,95	30.749	10	34.580	9,87	39.873	9,83	29.479	8,47	180.705	9,60
15-19 anos	35.064	15,39	38.237	15,72	49.165	16	54.694	15,61	63.855	15,75	48.533	13,95	289.548	15,38
Total 0-19 anos	90.271	39,60	101.404	40,86	128.340	41,1	142.409	40,07	158.678	38,63	123.609	35,53	734.324	39,13
20-29 anos	47.379	20,79	48.866	20,09	63.154	20,50	74.109	21,20	91.183	22,50	81.763	23,50	406.454	21,59
30-39 anos	40.560	17,8	41.845	17,2	51.025	16,60	59.462	17,00	69.925	17,20	62.857	18,06	325.674	17,3
40-49 anos	23.592	10,35	24.533	10,09	30.898	10,10	36.302	10,40	43.207	10,70	39.790	11,43	198.322	10,54
50-59 anos	11.869	5,21	12.456	5,12	15.956	5,19	17.748	5,07	20.821	5,13	19.453	5,59	98.303	5,22
60 anos e mais	14.230	6,24	16.171	6,65	20.011	6,51	22.342	6,38	23.702	5,85	20.514	5,90	116.970	6,21
Total geral	227.901	100	243.259	100	307.367	100	350.354	100	405.497	100	347.986	100	1.882.364	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet. Acesso em 05 mar. 2022.

Constata-se também que houve aumento gradual no número de notificações de 2015 a 2019, havendo redução em 2020 se comparado aos anos de 2018 e 2019.

Nas Tabelas 2, 3 e 4 estão expostos dados do total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada no período de 2015 a 2020 segundo faixa etária e ano de notificação, referentes ao Rio Grande do Sul, 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e

Caxias do Sul. Estes dados foram fornecidos pela Secretaria Estadual da Saúde (SES), Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET – Tabwin, dados extraídos em 08 de março de 2022 (RIO GRANDE DO SUL, 2022a).

Tabela 2 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo ano de notificação e faixa etária, Rio Grande do Sul, 2015 a 2020.

Faixa etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor 1 ano	901	5%	726	4%	846	4%	911	3%	1.000	3%	584	2%	4.968	3%
1 a 4 anos	1.759	10%	1.474	8%	1.624	7%	1.796	6%	1.948	6%	1.536	7%	10.137	7%
5 a 9 anos	1.275	7%	1.025	6%	1.114	5%	1.414	5%	1.666	5%	1.181	5%	7.675	5%
10 a 14 anos	1.673	9%	1.523	9%	2.169	9%	2.810	10%	3.583	11%	2.038	9%	13.796	10%
15 a 19 anos	2.132	12%	2.259	13%	3.220	14%	3.980	14%	5.163	15%	3.139	13%	19.893	14%
20 a 29 anos	3.126	17%	3.252	18%	4.390	19%	5.417	19%	6.375	19%	4.916	21%	27.476	19%
30 a 39 anos	2.732	15%	2.877	16%	3.751	16%	4.559	16%	5.283	16%	4.025	17%	23.227	16%
40 a 49 anos	1.859	10%	2.031	11%	2.657	12%	3.258	12%	3.773	11%	2.766	12%	16.344	11%
50 a 59 anos	1.127	6%	1.250	7%	1.687	7%	2.020	7%	2.209	7%	1.618	7%	9.911	7%
60 a 69 anos	671	4%	772	4%	795	3%	1.056	4%	1.241	4%	954	4%	5.489	4%
70 a 79 anos	394	2%	424	2%	501	2%	619	2%	669	2%	514	2%	3.121	2%
80 anos e mais	347	2%	254	1%	301	1%	451	2%	420	1%	337	1%	2.110	1%
Total	17.996	100%	17.867	100%	23.055	100%	28.291	100%	33.330	100%	23.608	100%	144.147	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 08 mar. 2022.

Em se tratando de Rio Grande do Sul, conforme dados do SINAN (RIO GRANDE DO SUL, 2022a), há um total de 144.147 notificações de violência interpessoal e autoprovocada no período de 2015 a 2020, sendo que destas, 39% concentram-se na faixa etária de 0 aos 19 anos. Diferentemente do que ocorre em Caxias do Sul, em que o maior percentual de notificações (59%) se concentra nesta faixa etária (Tabela 4). Nota-se também, seguindo a mesma tendência nacional, aumento gradual do número de notificações de 2015 a 2019. Porém no ano de 2020 houve redução no número de notificações comparando-se aos anos de 2018 e 2019.

Na tabela 3 pode-se identificar o número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada da 5ª CRS do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2020, sendo que há um total de 23.337 notificações de violência interpessoal e autoprovocada e destas, 41% concentram-se na faixa etária de 0 aos 19 anos, ao contrário do que ocorre em Caxias do Sul, em que o maior percentual de notificações (59%) se concentra nesta faixa etária (Tabela 4).

Em relação ao total de notificações por ano, constata-se que houve aumento gradual no número de notificações de 2016 a 2019, havendo redução em 2020 se comparado ao ano de 2019, semelhante ao corrido em termos de Brasil e Rio Grande do Sul (Tabela 1 e 2).

Tabela 3 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo ano de notificação e faixa etária, 5ª CRS, 2015 a 2020.

Faixa etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor 1 ano	191	6%	154	5%	289	8%	321	7%	361	7%	305	7%	1.621	7%
1 a 4 anos	228	8%	244	8%	275	8%	317	7%	347	7%	435	10%	1.846	8%
5 a 9 anos	132	4%	154	5%	176	5%	226	5%	235	5%	242	5%	1.165	5%
10 a 14 anos	247	8%	245	8%	286	8%	387	9%	446	9%	308	7%	1.919	8%
15 a 19 anos	417	14%	347	12%	434	13%	546	13%	718	14%	569	13%	3.031	13%
20 a 29 anos	530	18%	536	18%	604	18%	755	18%	1.001	19%	890	20%	4.316	18%
30 a 39 anos	455	15%	503	17%	550	16%	636	15%	772	15%	716	16%	3.632	16%
40 a 49 anos	295	10%	297	10%	349	10%	435	10%	544	11%	445	10%	2.365	10%
50 a 59 anos	186	6%	172	6%	211	6%	323	8%	326	6%	260	6%	1.478	6%
60 a 69 anos	150	5%	132	5%	126	4%	172	4%	194	4%	188	4%	962	4%
70 a 79 anos	75	3%	74	3%	80	2%	95	2%	116	2%	107	2%	547	2%
80 anos e mais	89	3%	66	2%	67	2%	92	2%	79	2%	62	1%	455	2%
Total	2.995	100%	2.924	100%	3.447	100%	4.305	100%	5.139	100%	4.527	100%	23.337	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 08 mar. 2022.

No município de Caxias do Sul, conforme dados do SINAN (RIO GRANDE DO SUL, 2022a), demonstrado na tabela 4, há um total de 9.669 notificações de violência interpessoal e autoprovocada no período de 2015 a 2020, sendo que destas 59% concentram-se na faixa etária de 0 aos 19 anos. Nota-se também, seguindo a mesma tendência nacional, estadual e da 5ª CRS, aumento gradual do número de notificações de 2016 a 2019. Porém no ano de 2020 houve aumento de aproximadamente 14% no número de notificações, diferente do que ocorreu nas demais esferas (nacional, estadual e 5ª CRS) em que houve redução do número de notificações em 2020 comparando-se com 2019.

Tabela 4 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo ano de notificação e faixa etária, Caxias do Sul - RS, 2015 a 2020.

Faixa Etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor 1 ano	160	12%	128	11%	247	17%	273	18%	312	16%	273	12%	1.393	14%
1 a 4 anos	188	15%	169	15%	201	14%	231	15%	265	13%	379	17%	1.433	15%
5 a 9 anos	86	7%	71	6%	98	7%	108	7%	115	6%	180	8%	658	7%
10 a 14 anos	146	11%	129	11%	138	10%	161	11%	173	9%	183	8%	930	10%
15 a 19 anos	190	15%	151	13%	196	13%	187	12%	265	13%	272	12%	1.261	13%
20 a 29 anos	118	9%	142	12%	170	12%	167	11%	308	16%	331	15%	1.236	13%
30 a 39 anos	111	9%	144	12%	140	10%	119	8%	179	9%	226	10%	919	10%
40 a 49 anos	79	6%	48	4%	83	6%	62	4%	116	6%	117	5%	505	5%
50 a 59 anos	42	3%	26	2%	47	3%	75	5%	83	4%	103	5%	376	4%
60 a 69 anos	65	5%	66	6%	46	3%	58	4%	63	3%	89	4%	387	4%
70 a 79 anos	40	3%	46	4%	52	4%	40	3%	57	3%	62	3%	297	3%
80 anos e mais	59	5%	39	3%	35	2%	51	3%	48	2%	42	2%	274	3%
Total	1.284	100%	1.159	100%	1.453	100%	1.532	100%	1.984	100%	2.257	100%	9.669	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 08 mar. 2022.

Após a contextualização, segue a apresentação do perfil das Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada em Crianças e Adolescentes de 0 a 19 anos de Caxias do Sul – RS no período de 2015 a 2020.

4.2 PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 0 A 19 ANOS DE CAXIAS DO SUL – RS NO PERÍODO DE 2015 A 2020

Conforme descrito na tabela 5, do total de notificações realizadas no município de Caxias do Sul no período de 2015 a 2020, 95% dos casos notificados são de residentes de Caxias do Sul e 5% são residentes de outros municípios. Isso se deve, principalmente, ao fato de que o município de Caxias do Sul é referência para atendimento de outros municípios da região em algumas especialidades e em nível hospitalar.

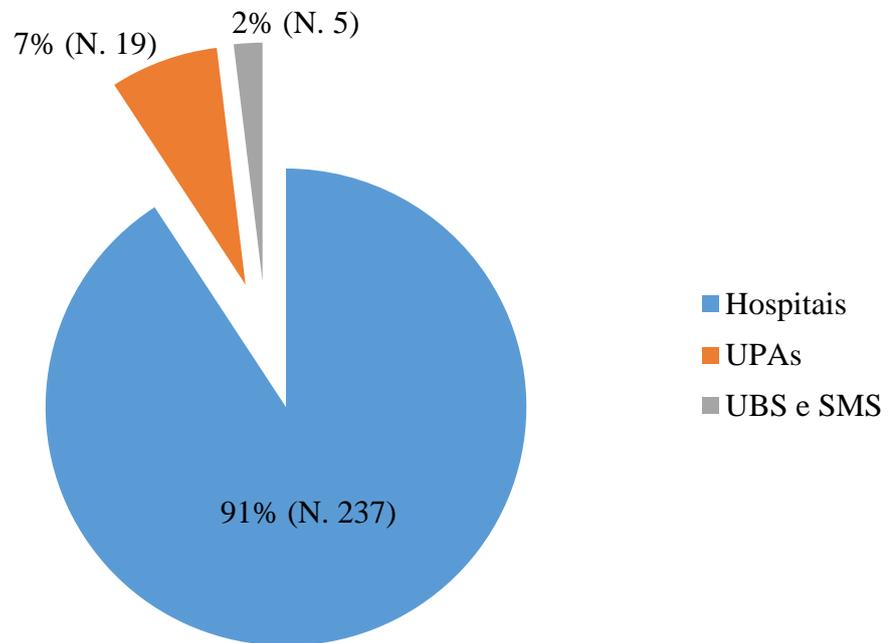
Tabela 5 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo município de residência da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

	Número de notificações por ano							%
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	
Caxias do Sul	742	620	847	914	1.078	1.213	5.414	95
Outros municípios	28	28	33	46	52	74	261	5
Total ano	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Constata-se, de acordo com o demonstrado na figura 2, que 98% das notificações de violência em que a pessoa atendida reside em outro município, foram realizadas pelos Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento. Os Hospitais de Caxias do Sul realizaram 237 (91%) das notificações de pessoas residentes em outros municípios, sendo que destas, 220 foram realizadas pelo Hospital Geral de Caxias do Sul. Do restante, 19 (7%) das notificações foram realizadas pelas Unidades de Pronto Atendimento e 5 (2%) por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Figura 3 - Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em outros municípios segundo unidade notificadora, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Em se tratando da zona de residência dos casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada, conforme a tabela 6 constata-se que 2,8% do total de notificações do período de 2015 a 2020 residem no meio rural.

Tabela 6 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e zona de residência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Zona	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Urbana	697	90,5	605	93,4	788	89,5	743	77,4	1.041	92,1	1.201	93,3	5.075	89,4
Rural	15	1,9	26	4	17	1,9	19	2	34	3	47	3,7	158	2,8
Periurbana	1	0,1	0	0	0	0	3	0,3	5	0,4	8	0,6	17	0,3
Ignorado	13	1,7	1	0,2	4	0,5	2	0,2	31	2,7	2	0,2	53	0,9
Não preenchido	44	5,7	16	2,5	71	8,1	193	20,1	19	1,7	29	2,3	372	6,6
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

A população estimada de Caxias do Sul é de 523.716 habitantes (IBGE, 2021), sendo que conforme o Censo de 2010, 96,29% vive na área urbana e 3,71% na área rural (IBGE, 2010a; IBGE, 2010c; UCS, 2021).

A tabela 7 demonstra as notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes no período de 2015 a 2020 de acordo com a informação referente ao bairro de residência das pessoas atendidas, sendo que das 5.675 notificações, 5.414 (95%) são de residentes de Caxias do Sul.

Tabela 7 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de residentes em Caxias do Sul, conforme identificação do bairro de residência da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Bairro de residência - Caxias do Sul	Número de notificações por ano							%
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	
Não Preenchido	12	8	4	9	2	7	42	0,78
Não identificado	2	1	8	2	1	1	15	0,28
Bairro identificado	728	611	835	903	1.075	1.205	5.357	98,95
Total residente em Caxias do Sul	742	620	847	914	1.078	1.213	5.414	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Ao realizar a análise descritiva constatou-se que 98,95% das notificações possuíam o dado correspondente ao bairro de residência da pessoa atendida no campo correspondente da ficha. Todavia, identificou-se que a maior parte daqueles dados era, contudo, referente ao loteamento de residência, sendo que 18,52% (n=1003) não possuía a informação correspondente ao bairro. Portanto houve a necessidade de recompor o dado, identificando cada bairro a que pertencia o loteamento anotado na ficha, para assim ser possível ter o dado disponível pelo bairro. Além desse passo, quando não foi possível identificar o bairro a partir do loteamento, realizou-se a pesquisa através do nome da rua/logradouro. A identificação do bairro correspondente a cada loteamento ou rua/logradouro indicado foi realizada pela consulta no GeoCaxias – Mapa Público (CAXIAS DO SUL, 2022).

A tabela 8 demonstra o número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes por ano e bairro de residência da pessoa atendida, no período de 2015 a 2020, sendo os dados expostos em ordem crescente do número total de notificações do período. Desta forma, os primeiros bairros (em branco) possuem de 0 a 99 notificações no período, na sequência estão os bairros com 100 a 199 notificações no período (azul claro) e por último os bairros com mais de 200 notificações de violência no período (azul escuro).

Tabela 8 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, por bairro de residência da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020. (Continua)

Bairro de residência da pessoa atendida	Número de notificações por ano						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Linha 40	0	0	0	0	0	0	0
Samuara	0	0	0	0	0	0	0
Pedancino	0	0	0	1	0	0	1
Vinhedos	0	0	1	0	0	0	1
Criúva	0	0	0	1	0	1	2
Nossa Senhora da Conceição	0	0	1	1	0	0	2
Maestra	1	1	0	0	0	1	3
Monte Bérico	2	0	1	0	0	0	3
Vila Verde	1	1	1	0	0	0	3
Colina Sorriso	0	0	1	0	1	2	4
Sanvitto	0	2	0	0	1	3	6
Vila Cristina	0	1	1	2	0	2	6
Século XX	0	1	0	2	2	3	8
Tijuca	2	2	3	2	0	0	9
Brandalise	2	0	0	3	0	6	11
Exposição	2	2	2	1	3	1	11
São Virgílio	0	0	0	4	1	6	11
Floresta	0	1	3	0	4	4	12
Interlagos	2	0	0	2	4	4	12
Jardim das Hortências	1	0	0	3	4	5	13
Nossa Senhora da Saúde	0	0	4	0	3	6	13
São Giacomó	3	0	3	1	2	4	13
Medianeira	7	1	2	3	1	2	16
Industrial	6	4	3	2	2	1	18
Santa Lúcia	3	3	2	4	5	3	20
São Pelegrino	3	4	4	2	5	3	21
Parada Cristal	0	3	1	2	11	7	24
Petrópolis	2	3	8	6	4	3	26
Universitário	2	3	7	4	4	7	27
Santa Lúcia do Piaí	3	5	5	4	4	7	28
Panazzolo	2	3	7	2	12	3	29
São Leopoldo	4	1	9	4	6	6	30
De Lazzer	9	5	8	1	5	4	32
Pio X	9	3	4	5	5	6	32
Presidente Vargas	5	4	3	6	7	7	32

Tabela 8 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, por bairro de residência da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

(Continuação)

Bairro de residência da pessoa atendida	Número de notificações por ano						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Forqueta	4	5	4	2	10	9	34
Pôr do Sol	1	2	4	3	10	14	34
Galópolis	4	1	7	7	7	11	37
Santa Corona	6	6	9	4	5	7	37
Cristo Redentor	5	3	10	13	2	6	39
Madureira	4	5	9	7	8	7	40
Vila Oliva	7	5	6	14	3	5	40
São José	3	2	5	9	10	14	43
Vila Lobos	5	3	12	12	8	3	43
Nossa Senhora de Lourdes	7	5	13	5	7	9	46
Sagrada Família	3	6	8	10	7	12	46
Vila Seca	4	3	4	8	11	16	46
Jardim Iracema	7	5	5	9	11	11	48
São Victor Cohab	6	5	9	8	12	8	48
Cinquentenário	8	9	12	12	8	6	55
São Ciro	4	5	8	8	9	21	55
Jardelino Ramos	9	11	11	6	8	11	56
Fazenda Souza	7	6	9	6	12	19	59
São Caetano	7	9	8	12	11	12	59
Jardim Eldorado	7	10	15	11	10	7	60
São Luiz	5	5	3	12	17	21	63
Salgado Filho	15	7	15	11	8	11	67
Centro	13	7	12	11	17	9	69
Diamantino	7	6	6	13	22	20	74
Marechal Floriano	11	7	20	12	16	13	79
São Cristóvão	7	5	5	10	15	38	80
Rio Branco	12	10	9	18	22	13	84
Bela Vista	13	5	19	17	15	18	87
Pioneiro	12	14	8	27	6	21	88
Ana Rech	7	9	4	25	20	26	91
Jardim América	13	13	18	14	19	17	94
Kayser	8	6	10	22	32	23	101
De Zorzi	27	24	32	8	8	4	103
Reolon	24	23	21	16	13	14	111
Centenário	8	2	12	29	23	43	117
Belo Horizonte	26	19	18	28	21	10	122

Tabela 8 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, por bairro de residência da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

(Conclusão)

Bairro de residência da pessoa atendida	Número de notificações por ano						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Nossa Senhora do Rosário	14	19	19	20	17	36	125
Cruzeiro	16	23	24	16	26	21	126
Cidade Nova	12	22	14	25	25	30	128
Santa Catarina	9	9	18	23	29	44	132
Charqueadas	14	14	18	21	46	40	153
Nossa Senhora das Graças	16	14	20	19	60	34	163
Serrano	28	17	21	36	23	38	163
Planalto	35	14	31	31	27	40	178
Nossa Senhora de Fátima	32	21	32	40	32	66	223
Desvio Rizzo	61	55	56	43	34	42	291
Esplanada	37	32	56	58	146	64	393
Santa Fé	67	50	62	64	71	134	448
Não Preenchido	12	8	4	9	2	7	42
Não identificado	2	1	8	2	1	1	15
Total - residentes em Caxias do Sul	742	620	847	914	1.078	1.213	5.414

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Conforme o Quadro 3, seguem os quatro bairros com mais de 200 notificações de violência no período, com os respectivos loteamentos/bairros indicados no campo correspondente da notificação.

O bairro com maior número de notificações no período foi o Santa Fé, seguido do Esplanada, Desvio Rizzo e Nossa Senhora de Fátima.

Quadro 3 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de residentes em Caxias do Sul nos bairros com mais de 200 notificações no período, segundo identificação do bairro de residência/loteamento da pessoa atendida e ano de notificação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Bairro	Loteamento/Bairro*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Santa Fé	Canyon	9	3	7	8	11	6	44
	Colina do Sol	1	0	0	1	1	5	8
	Santa Fé	32	35	41	47	49	114	318
	São Bernardo	0	0	0	1	0	0	1
	Vila Ipê	25	12	14	7	10	9	77
	Total		67	50	62	64	71	134
Esplanada	Aeroporto	0	1	0	0	0	0	1
	Alvorada	0	0	0	0	0	1	1
	Arco Baleno	1	0	0	0	0	1	2
	Bom Pastor	1	1	2	1	2	1	8
	Bom Pastor II	0	0	1	0	0	0	1
	Consolação	0	0	2	0	1	0	3
	Consolação - Pantanal	0	0	0	0	1	0	1
	Esplanada	34	28	48	55	137	59	361
	Jardim Teresópolis	0	0	0	0	1	1	2
	Montes Claros	1	2	3	2	2	1	11
	Santa Marta	0	0	0	0	2	0	2
	Total		37	32	56	58	146	64
Desvio Rizzo	Desvio Rizzo	61	55	56	43	34	42	291
	Total	61	55	56	43	34	42	291
Nossa Senhora de Fátima	Fátima	8	3	10	14	19	29	83
	Fátima Alta	14	5	8	5	4	0	36
	Fátima Baixa	3	2	1	7	0	2	15
	Monte Castelo	0	0	0	0	1	0	1
	Nossa Senhora de Fátima	7	11	13	14	8	35	88
	Total		32	21	32	40	32	66

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

*Loteamento/Bairro indicado no respectivo campo da notificação.

Para melhor identificar as populações com maior número de notificações a tabela 9 traz a informação do bairro (em ordem alfabética) com os respectivos loteamentos/bairros de residência das pessoas atendidas (conforme descrito no campo correspondente da notificação) residentes em Caxias do Sul, podendo-se verificar, de forma mais específica, os loteamentos com maior número de notificações de violência.

Tabela 9 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, segundo bairro e loteamento de residência da pessoa atendida e ano de notificação. Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

(Continua)

Bairro residência da pessoa atendida	Loteamento/bairro*	Número de notificações por ano						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Ana Rech	Santa Bárbara	0	1	1	0	3	1	6
	Ana Rech	7	8	3	25	17	25	85
Bela Vista	Bela Vista	10	3	19	17	15	17	81
	Vila Leon	2	1	0	0	0	0	3
	Vila Mari	1	1	0	0	0	1	3
Belo Horizonte	Altos da Maestra	1	1	1	1	0	0	4
	Belo Horizonte	23	17	16	24	21	9	110
	Portal da Maestra	2	1	1	3	0	1	8
Brandalise	Brandalise	2	0	0	3	0	6	11
Centenário	Centenário	8	2	11	24	22	39	106
	Centenário II	0	0	1	5	1	4	11
Centro	Centro	13	7	12	11	17	9	69
Charqueadas	Charqueadas	6	6	14	18	40	30	114
	Planalto Rio Branco	3	2	1	1	1	8	16
	Rosário	0	0	0	0	1	0	1
	Rosário II	2	0	0	0	2	0	4
	São Francisco	2	2	0	1	1	0	6
	São Gabriel	0	1	2	0	1	0	4
	São Pedro	0	1	0	0	0	0	1
	Vila Amélia	1	2	1	1	0	2	7
Cidade Nova	Cidade Nova	3	6	3	15	16	24	67
	Mariani	6	15	10	10	9	6	56
	Mariani II	3	1	1	0	0	0	5
Cinquentenário	Cinquentenário	8	9	12	12	8	6	55
Colina Sorriso	São Matheus	0	0	0	0	1	1	2
	Colina Sorriso	0	0	1	0	0	1	2
Cristo Redentor	Cristo Redentor	4	3	10	13	2	6	38
	Vila Ipiranga	1	0	0	0	0	0	1
Criúva	Criúva	0	0	0	1	0	1	2
Cruzeiro	Cruzeiro	16	23	24	16	26	21	126
De Lazzer	De Lazzer	9	5	8	1	5	4	32
De Zorzi	De Zorzi	3	0	2	0	1	2	8
	Campos da Serra	24	24	30	8	7	2	95
Desvio Rizzo	Desvio Rizzo	61	55	56	43	34	42	291
Diamantino	Diamantino	7	6	6	13	22	20	74

Tabela 9 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, segundo bairro e loteamento de residência da pessoa atendida e ano de notificação. Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

(Continuação)

Bairro residência da pessoa atendida	Número de notificações por ano							
	Loteamento/bairro*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Esplanada	Aeroporto	0	1	0	0	0	0	1
	Alvorada	0	0	0	0	0	1	1
	Arco Baleno	1	0	0	0	0	1	2
	Bom Pastor	1	1	2	1	2	1	8
	Bom Pastor II	0	0	1	0	0	0	1
	Consolação	0	0	2	0	1	0	3
	Consolação - Pantanal	0	0	0	0	1	0	1
	Esplanada	34	28	48	55	137	59	361
	Jardim Teresópolis	0	0	0	0	1	1	2
	Montes Claros	1	2	3	2	2	1	11
	Santa Marta	0	0	0	0	2	0	2
Exposição	Exposição	2	2	2	1	3	1	11
Fazenda Souza	Fazenda Souza	7	4	8	5	10	19	53
	Morro da Cruz	0	2	1	0	1	0	4
	São Roque	0	0	0	0	1	0	1
	Zona Lise	0	0	0	1	0	0	1
Floresta	Floresta	0	1	3	0	4	4	12
Forqueta	Forqueta	4	5	4	2	10	9	34
Galópolis	5ª Léguas	0	0	0	0	0	1	1
	Capela São Vitor	0	0	0	0	1	0	1
	Galópolis	4	1	7	6	5	9	32
	Terceira Léguas	0	0	0	1	1	1	3
Industrial	Industrial	6	4	3	2	2	1	18
Interlagos	Interlagos	2	0	0	2	4	4	12
Jardelino Ramos	Jardelino Ramos	7	9	10	5	7	10	48
	São Vicente	2	2	1	1	1	1	8
Jardim América	Jardim América	11	8	12	14	15	14	74
	Primeiro de Maio	2	5	6	0	4	3	20
Jardim das Hortências	Jardim das Hortências	1	0	0	3	4	5	13
Jardim Eldorado	Jardim Eldorado	7	10	15	11	10	7	60
Jardim Iracema	Jardim da Colina	0	0	2	1	0	0	3
	Jardim Iracema	5	2	0	2	3	3	15
	Santo Antônio	2	3	3	6	8	8	30
Kayser	Kayser	8	6	10	22	32	23	101

Tabela 9 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, segundo bairro e loteamento de residência da pessoa atendida e ano de notificação. Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

(Continuação)

Bairro residência da pessoa atendida	Número de notificações por ano							
	Loteamento/bairro*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Madureira	Madureira	4	5	9	7	8	7	40
Maestra	Maestra	1	1	0	0	0	1	3
Marechal Floriano	Euzébio Beltrão de Queiroz	2	2	0	1	0	1	6
	Marechal Floriano	9	5	20	11	16	12	73
Medianeira	Medianeira	7	1	2	3	1	2	16
Monte Bérico	9ª Léguas	0	0	1	0	0	0	1
	Monte Bérico	2	0	0	0	0	0	2
Nossa Senhora da Conceição	São Lucas	0	0	0	1	0	0	1
	Santa Tereza	0	0	1	0	0	0	1
Nossa Senhora da Saúde	Nossa Senhora da Saúde	0	0	4	0	3	6	13
Nossa Senhora das Graças	Caravaggio	0	2	0	0	0	0	2
	Caravaggio II	1	0	0	1	0	0	2
	Gloria	1	0	0	0	0	0	1
	Jardim Oriental	0	0	0	0	1	0	1
	Lot. Nova Esperança	0	0	1	0	0	0	1
	Loteamento Vêneto	1	0	0	0	0	1	2
	Monte Carmelo	10	5	13	8	20	9	65
	Nossa Senhora das Graças	3	7	6	10	39	22	87
Nossa Senhora de Fátima	Oriental	0	0	0	0	0	2	2
	Fátima	8	3	10	14	19	29	83
	Fátima Alta	14	5	8	5	4	0	36
	Fátima Baixa	3	2	1	7	0	2	15
	Monte Castelo	0	0	0	0	1	0	1
Nossa Senhora de Lourdes	Nossa Senhora de Fátima	7	11	13	14	8	35	88
Nossa Senhora de Lourdes	Lourdes	3	4	12	3	2	0	24
	Nossa Senhora de Lourdes	4	1	1	2	5	9	22
Nossa Senhora do Rosário	Parque Verde	0	0	0	1	0	0	1
	Victorio Trez	4	3	0	0	1	0	8
	Jardim Embaixador	2	2	1	0	0	0	5
	Millenium	0	0	0	0	1	0	1
	Morada dos Alpes	0	0	1	1	0	1	3

Tabela 9 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, segundo bairro e loteamento de residência da pessoa atendida e ano de notificação. Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

(Continuação)

Bairro residência da pessoa atendida	Número de notificações por ano							
	Loteamento/bairro*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Nossa Senhora do Rosário	Nossa Senhora do Rosário	2	2	4	12	9	31	60
	Parque Oasis	6	12	13	6	6	4	47
Panazzolo	Panazzolo	2	3	7	2	12	3	29
Parada Cristal	Parada Cristal	0	3	1	2	11	7	24
Pedancino	Nossa Senhora das Dores	0	0	0	1	0	0	1
Petrópolis	Petrópolis	2	3	8	6	4	3	26
Pio X	Pio X	9	3	4	5	5	6	32
Pioneiro	Pioneiro	12	14	8	27	6	20	87
	Pioneiro 02	0	0	0	0	0	1	1
Planalto	Monte Reale	0	0	0	0	1	0	1
	Planalto	34	14	29	31	26	40	174
	Cristo Operário	1	0	0	0	0	0	1
	Pio II	0	0	2	0	0	0	2
Pôr do Sol	Pôr do Sol	1	2	4	3	10	14	34
Presidente Vargas	Presidente Vargas	5	4	3	6	7	7	32
Reolon	Vale Verde	1	1	0	0	2	1	5
	Reolon	23	22	21	16	11	13	106
Rio Branco	Rio Branco	12	10	9	18	22	13	84
Sagrada Família	Sagrada Família	3	6	8	10	7	12	46
Salgado Filho	Salgado Filho	12	5	11	9	8	9	54
	Santos Dumont	3	2	4	2	0	2	13
Santa Catarina	Santa Catarina	9	9	18	23	29	44	132
Santa Corona	Loteamento Adamatti	0	2	2	0	0	0	4
	Santa Corona	6	4	7	4	5	7	33
Santa Fé	Canyon	9	3	7	8	11	6	44
	Colina do Sol	1	0	0	1	1	5	8
	Santa Fé	32	35	41	47	49	114	318
	São Bernardo	0	0	0	1	0	0	1
	Vila Ipê	25	12	14	7	10	9	77
Santa Lúcia	Jardim do Sol	0	0	0	0	1	0	1
	Jardim Itália	1	2	0	0	0	0	3
	Matioda	0	0	2	1	2	1	6
	Santa Lúcia	2	1	0	2	1	2	8
	Santa Lúcia Cohab	0	0	0	1	1	0	2

Tabela 9 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, segundo bairro e loteamento de residência da pessoa atendida e ano de notificação. Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

(Continuação)

Bairro residência da pessoa atendida	Número de notificações por ano							
	Loteamento/bairro*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Santa Lúcia do Piaí	Santa Lúcia do Piaí	3	5	5	4	4	7	28
	Sanvitto	Sanvitto	0	2	0	0	1	3
São Caetano	São Caetano	7	9	7	12	11	12	58
	Vera Cruz	0	0	1	0	0	0	1
São Ciro	Mariland	3	4	7	3	3	2	22
	São Ciro	1	1	1	5	6	19	33
São Cristóvão	Jardim do Lago	1	0	0	0	0	0	1
	Castelo	1	0	0	2	3	3	9
	São Cristóvão	5	5	5	8	12	35	70
São Giacomó	Cidade Industrial	0	0	1	0	0	0	1
	São Giacomó	3	0	2	1	2	4	12
São José	São José	3	2	5	9	10	14	43
São Leopoldo	São Leopoldo	4	1	9	4	6	6	30
São Luiz	Monte Belo	0	0	0	0	1	0	1
	São Luiz	5	5	3	12	16	21	62
São Pelegrino	São Pelegrino	3	4	4	2	5	3	21
São Victor Cohab	São Victor Cohab	4	2	8	8	9	7	38
	Vitória	2	3	1	0	3	1	10
São Virgílio	São Virgílio	0	0	0	3	1	6	10
	La Paloma	0	0	0	1	0	0	1
Século XX	Século XX	0	1	0	2	2	3	8
Serrano	Capivari	1	0	0	0	0	1	2
	Serrano	27	17	21	36	23	37	161
Tijuca	Tijuca	2	1	3	2	0	0	8
	Santo André	0	1	0	0	0	0	1
Universitário	Universitário	2	3	7	4	4	7	27
Vila Cristina	Vila Cristina	0	1	1	2	0	2	6
Vila Lobos	Vergueiros	0	0	2	0	0	0	2
	Vila Lobos	5	3	10	12	8	3	41
Vila Oliva	Vila Oliva	7	5	6	14	3	5	40
Vila Seca	São Gotardo	0	1	0	0	0	2	3
	Vila Seca	4	2	4	8	11	14	43
Vila Verde	Vila Verde	0	1	1	0	0	0	2
	Vila Verde II	1	0	0	0	0	0	1
Vinhedos	Vinhedos	0	0	1	0	0	0	1

Tabela 9 - Número de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos residentes em Caxias do Sul, segundo bairro e loteamento de residência da pessoa atendida e ano de notificação. Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

(Conclusão)

Bairro residência da pessoa atendida	Número de notificações por ano							
	Loteamento/bairro*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Não identificado	Não identificado	2	1	8	2	1	1	15
Não preenchido	Não preenchido	12	8	4	9	2	7	42
Total	Total	742	620	847	914	1078	1213	5414

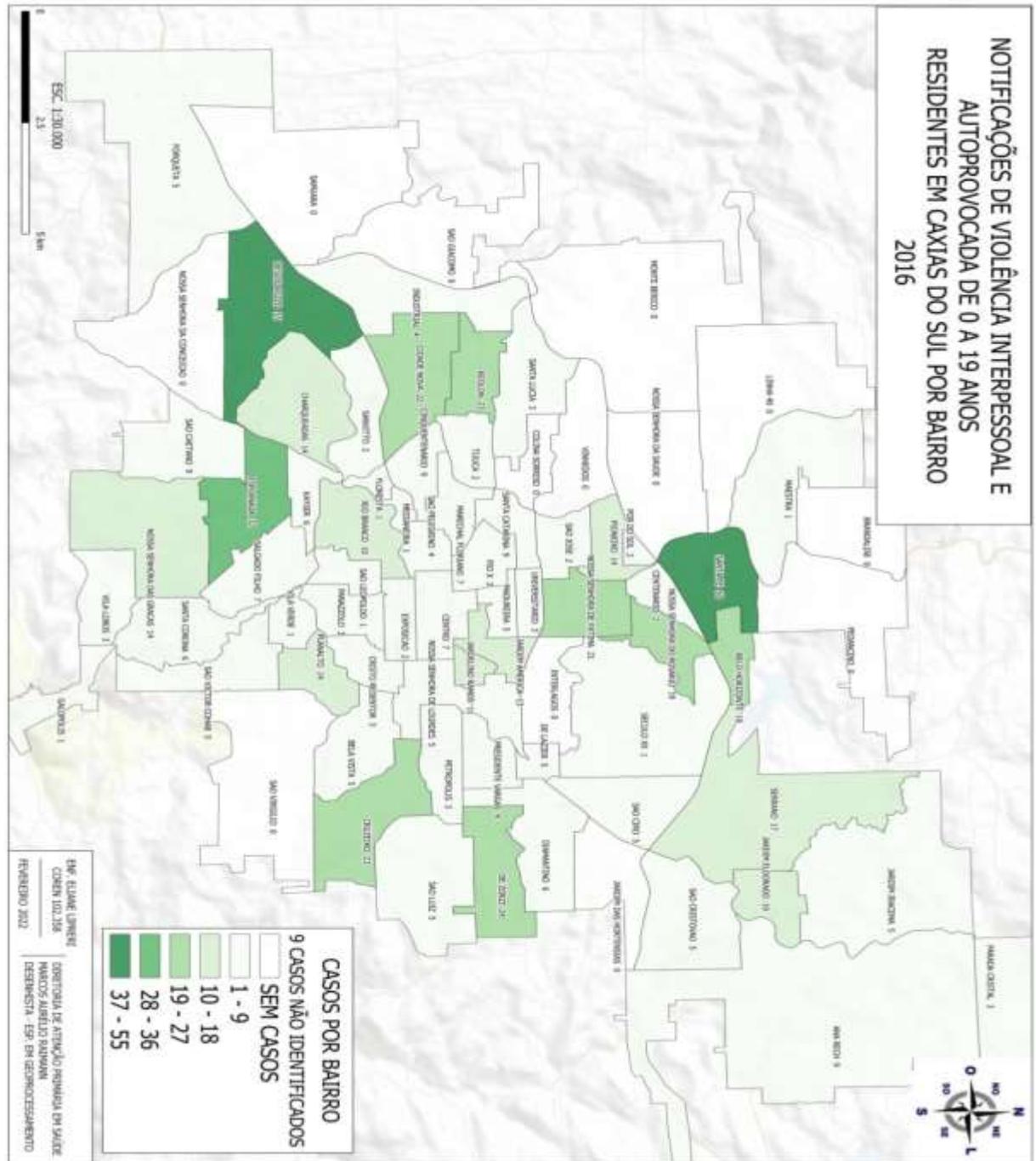
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

*Loteamento/bairro informado na notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

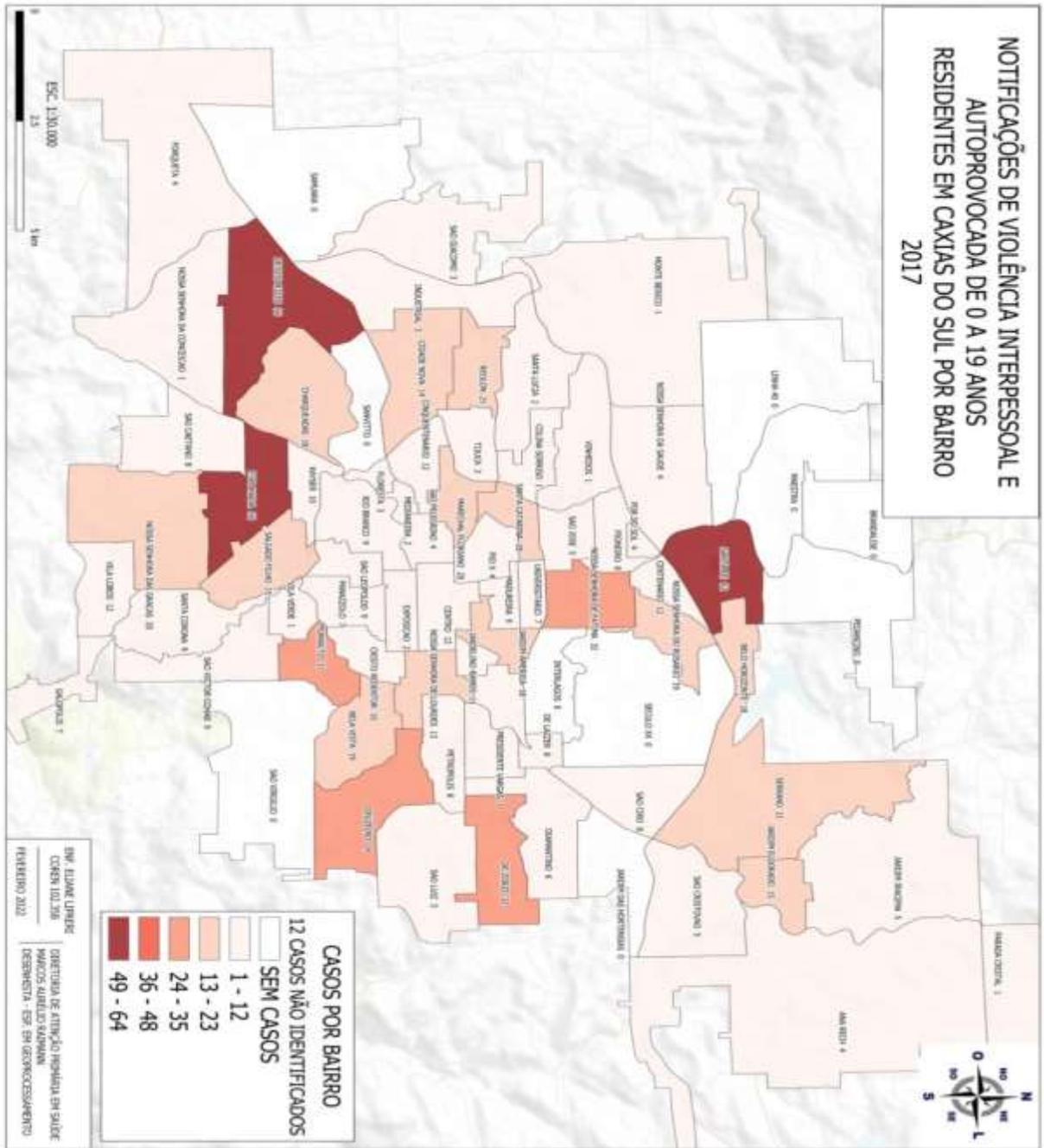
As figuras 4 a 9 (mapas) demonstram o número de notificações de Violência Interpessoal e autoprovocada por bairro de residência da pessoa atendida residente em Caxias do Sul no período de 2015 a 2020, conforme o ano de notificação. A figura 10 expõe o número total de notificações de violência de pessoas residentes em Caxias do Sul no período de 2015 a 2020 distribuídas por bairro.

Figura 5 - Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2016.



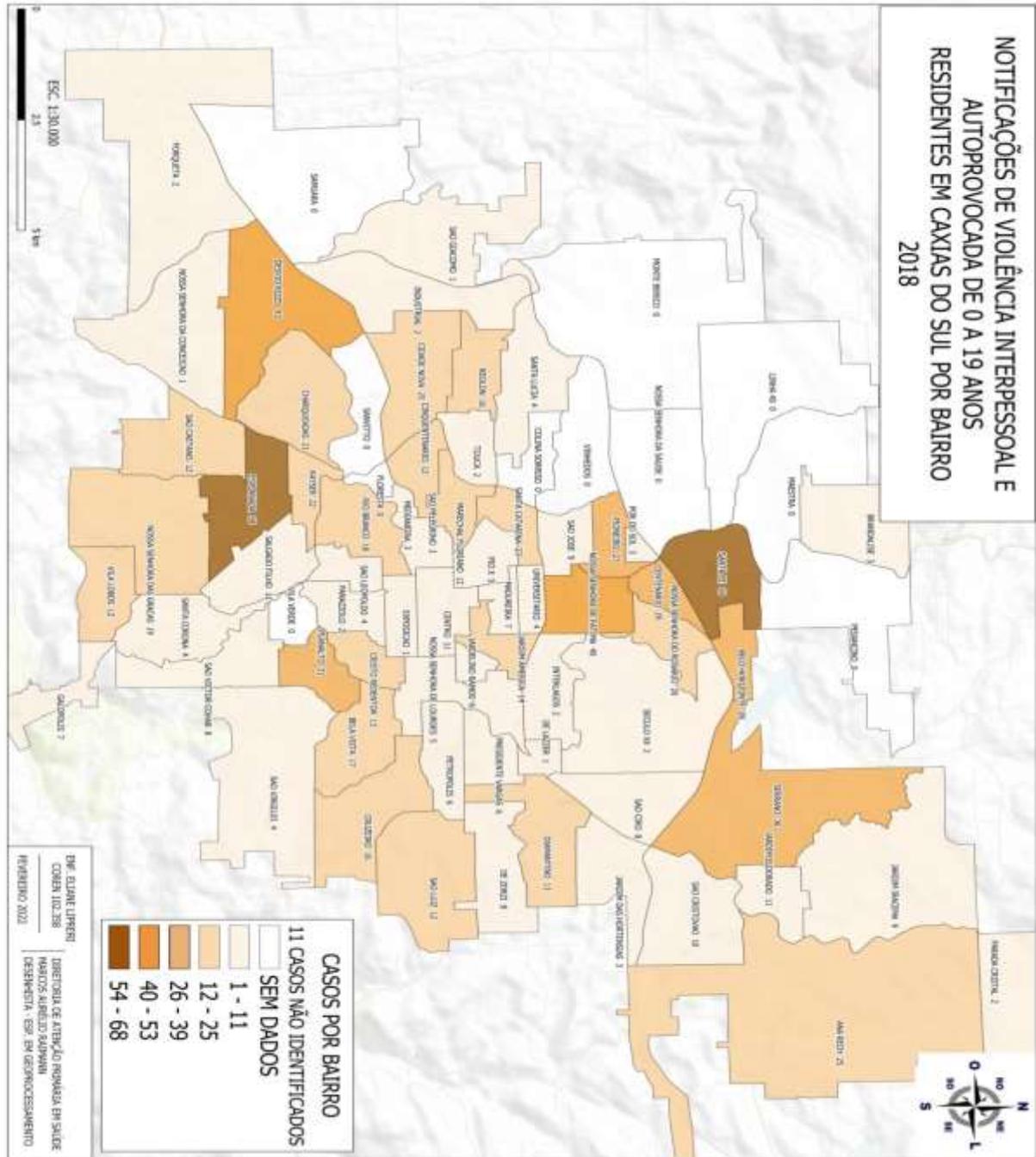
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Figura 6 - Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2017.



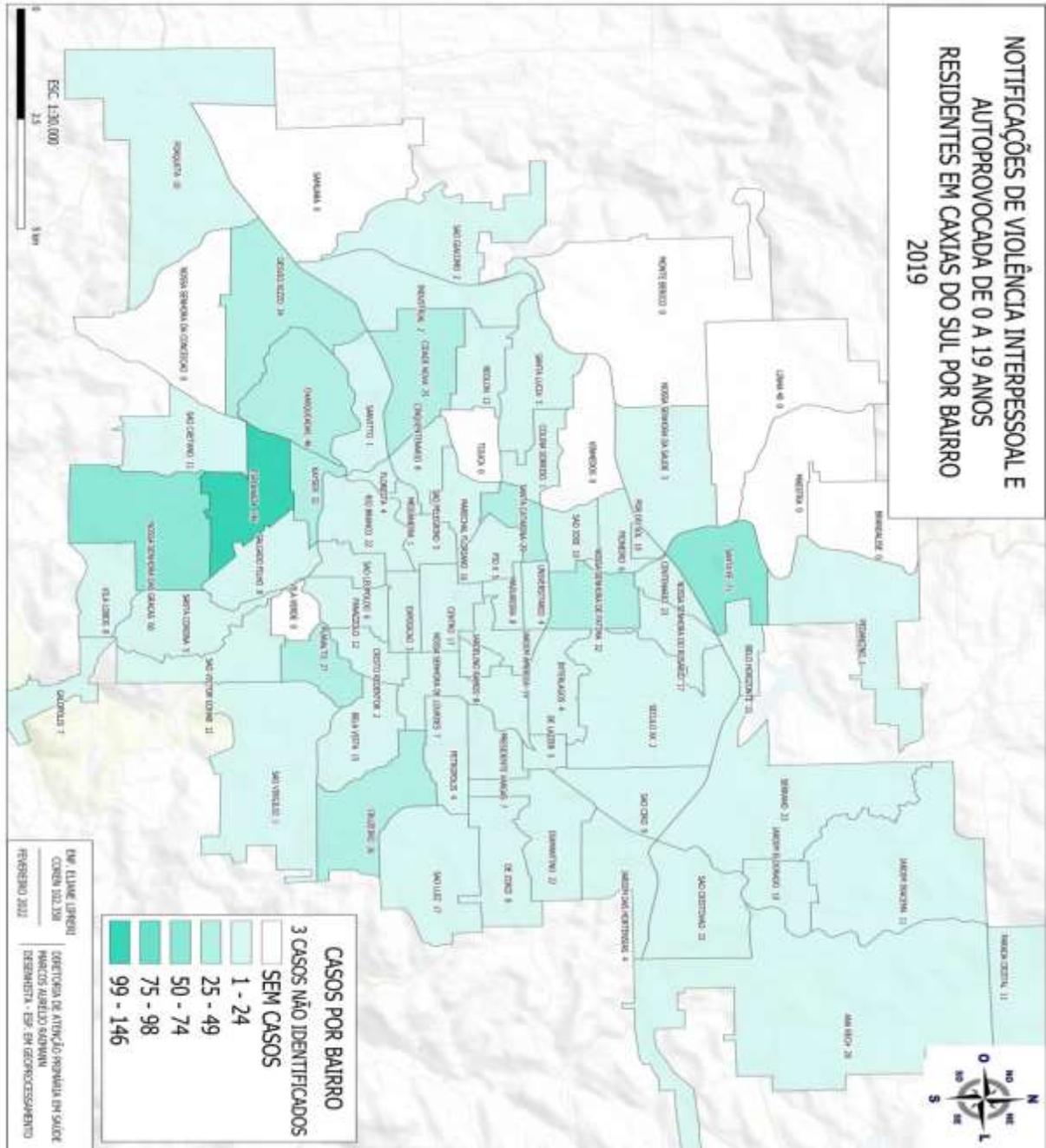
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Figura 7 - Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2018.



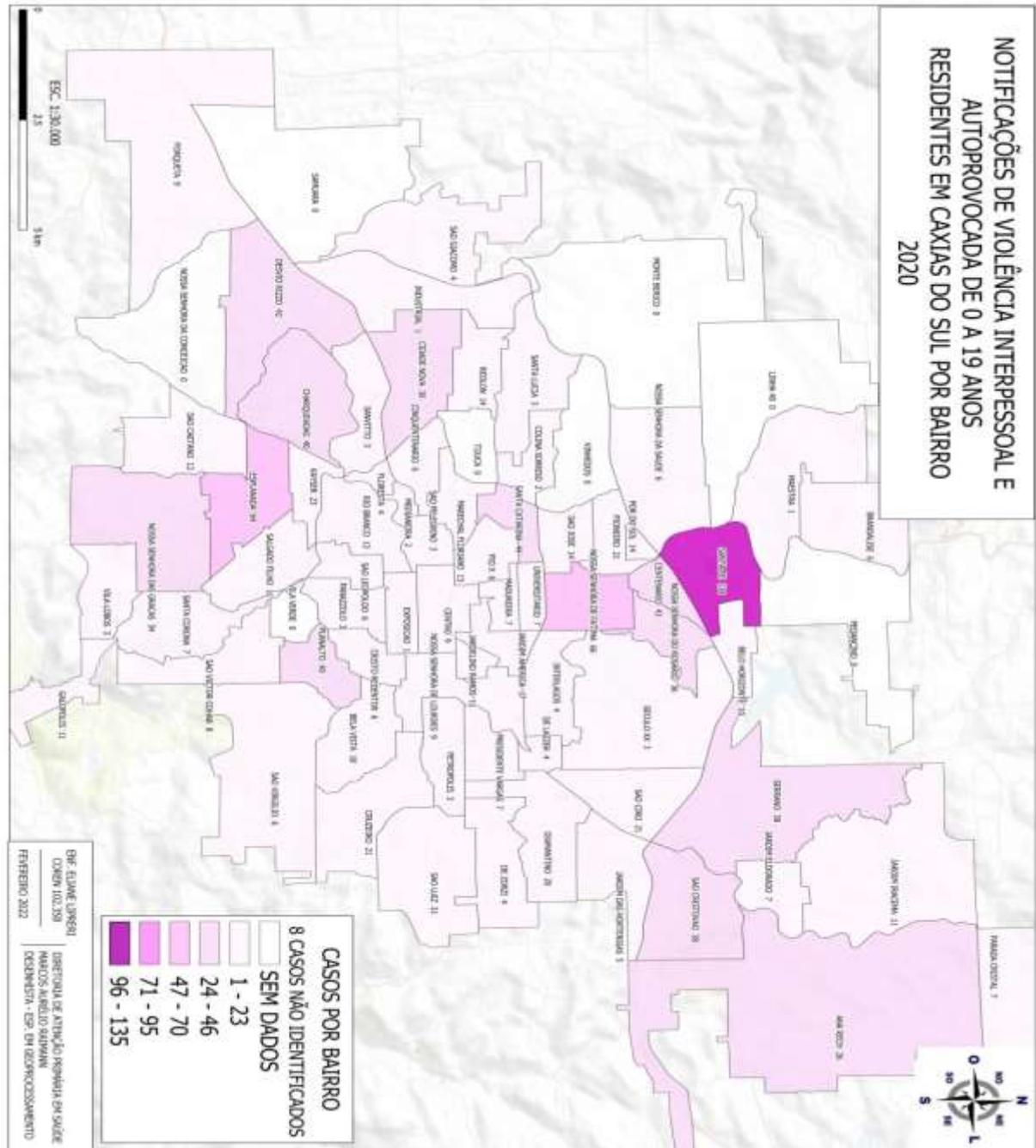
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Figura 8 - Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2019.



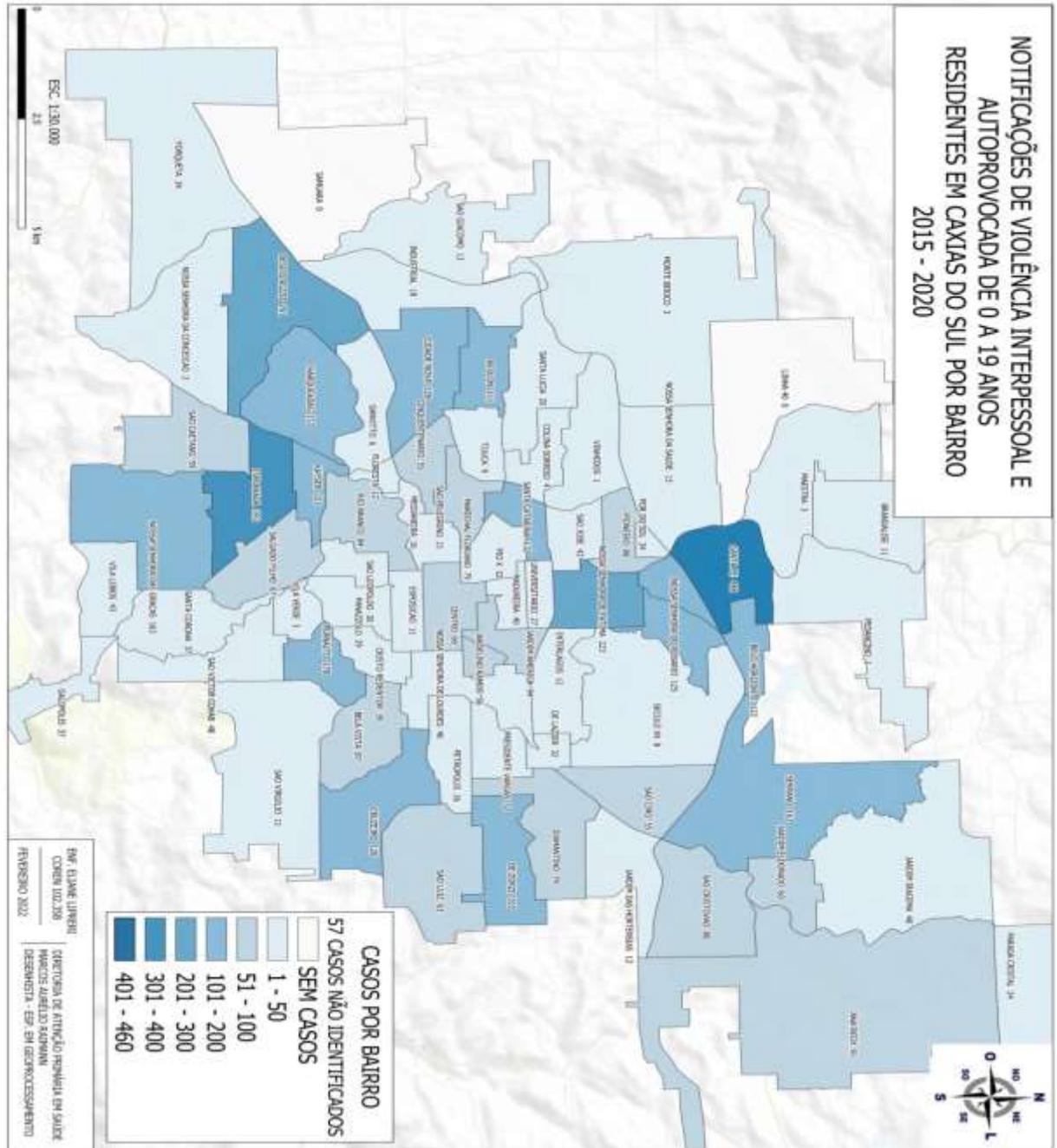
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Figura 9 - Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Figura 10 - Distribuição das Notificações de violência interpessoal e autoprovocada por bairro de residência dos casos notificados. Caxias do Sul – 2015 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

A tabela 10 identifica as notificações de violência tendo em vista o nível de atenção da unidade notificadora. Nota-se que o nível primário (Unidades Básicas de Saúde) realizou a maior proporção de notificações nos anos de 2015 e 2016, havendo redução em 2017 e 2018. Em 2019 houve aumento no número de notificações no nível primário, porém permanecendo inferior ao nível terciário (Hospitais) e em 2020 houve o menor percentual de notificações realizado pelo nível primário tendo em vista o período em estudo. Em 2020 o nível secundário (Unidades de Pronto Atendimento – UPA e especialidades) realizou 51% do total de notificações. Considerando-se o total da série histórica (2015 a 2020) observou-se maior proporção de notificações realizadas pelo nível secundário.

Tabela 10 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e nível de atenção da unidade notificadora, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Nível de Atenção	Número de notificações por ano												Total	
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nível secundário	233	30,3	156	24,1	313	35,6	352	36,7	290	25,7	659	51,2	2.003	35,3
Nível terciário	227	29,5	198	30,6	289	32,8	343	35,7	428	37,9	372	28,9	1.857	32,7
Nível primário	308	40	294	45,4	278	31,6	264	27,5	411	36,4	256	19,9	1.811	31,9
Não identificado ou não preenchido	2	0,3	0	0	0	0	1	0,1	1	0,1	0	0	4	0,1
Totall geral	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Ao analisar a tabela 11, com o total de notificações de Caxias do Sul na faixa etária de 0 a 19 anos no período de 2015 a 2020, constatou-se que 61,4% das notificações de violência foram de crianças na faixa etária de 0 a 9 anos e 38,6% na faixa etária de 10 a 19 anos. Chamou a atenção por se tratar de uma inversão ao padrão nacional e estadual.

No Brasil, na série histórica, a proporção de notificações de violência com crianças de 0 a 9 anos foi 35,96% e na faixa etária de 10 a 19 anos foi 64,04% (Tabela 1), o oposto do observado em Caxias do Sul.

No Rio Grande do Sul, na série histórica, a proporção de notificações de violência com pessoas de 0 a 9 anos foi 40,34% e na faixa etária de 10 a 19 anos foi 59,66% (Tabela 2).

Na 5ª CRS a proporção de notificações de violência com pessoas de 0 a 9 anos foi 48,34% e na faixa etária de 10 a 19 anos foi 51,66% (Tabela 3), havendo uma maior proximidade com a realidade do município de Caxias do Sul, porém a proporção de casos notificados de violência permanece sendo maior na faixa etária de 10 a 19 anos.

Tabela 11 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e faixa etária, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Faixa Etária	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 12 meses	161	20,9	128	19,8	247	28,1	273	28,4	312	27,6	273	21,2	1.394	24,6
1 - 4 anos	187	24,3	169	26,1	201	22,8	231	24,1	265	23,5	379	29,5	1.432	25,2
5 - 9 anos	86	11,2	71	11,0	98	11,1	108	11,3	115	10,2	180	14,0	658	11,6
10-14 anos	146	19,0	129	19,9	138	15,7	161	16,8	173	15,3	183	14,2	930	16,4
15 -19 anos	190	24,7	151	23,3	196	22,3	187	19,5	265	23,5	272	21,1	1.261	22,2
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Constatou-se que Caxias do Sul, diferente dos demais níveis (Brasil, RS e 5ª CRS) possui a maior parte das notificações de violência interpessoal e autoprovocada na faixa etária de 0 a 9 anos (61,4%). Destaca-se a faixa etária de 0 a 4 anos com 49,8% do total de notificações do período em estudo.

A tabela 12 traz informações sobre número de notificações na faixa etária de 0 a 12 meses, sendo que durante este período, 38% (n. 530) das notificações foram de recém-nascidos, ou seja, notificações realizadas pelas maternidades em virtude de pré-natal incompleto.

Tabela 12 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças de 0 a 12 meses segundo ano e faixa etária, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Faixa Etária	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 (recém-nascido)	31	19	11	9	107	43	142	52	108	35	131	48	530	38
1 dia a 12 meses	130	81	117	91	140	57	131	48	204	65	142	52	864	62
Total	161	100	128	100	247	100	273	100	312	100	273	100	1.394	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Na tabela 13, com relação ao sexo dos casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada, o sexo feminino possuiu a maior proporção de notificações no período, com 57,60% e o sexo masculino 42,30% das notificações.

Tabela 13 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e sexo, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Sexo	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	441	57,3	403	62,2	517	58,8	537	55,9	653	57,8	717	55,7	3.268	57,6
Masculino	329	42,7	245	37,8	360	40,9	421	43,9	477	42,2	570	44,3	2.402	42,3
Ignorado	0	0	0	0	3	0,3	2	0,2	0	0	0	0	5	0,1
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

De acordo com a tabela 14, 80% das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes foi de pessoas autodeclaradas como da raça/cor branca (80%), seguida da parda (11,5%) e preta (4,2%).

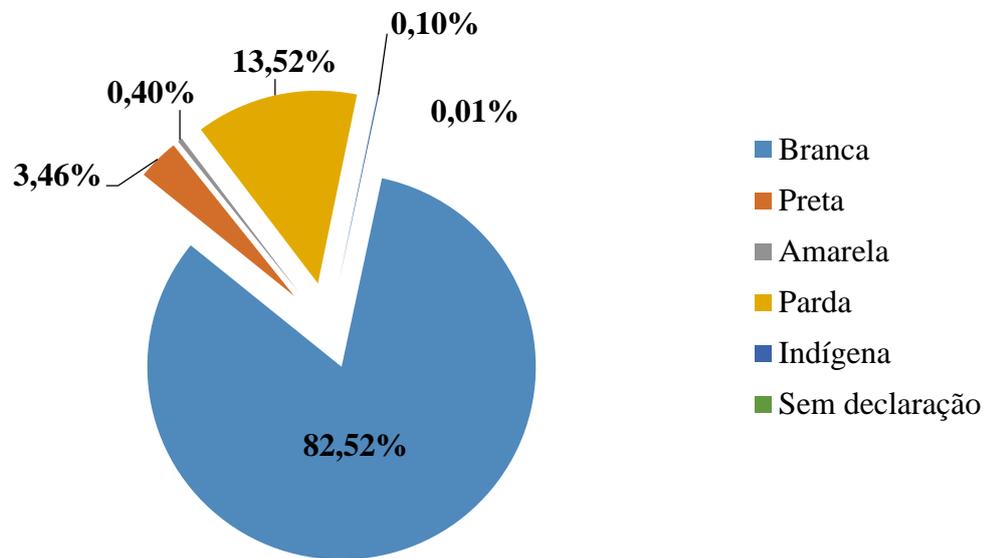
Tabela 14 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e raça/cor, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Raça/Cor	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	594	77,1	517	79,8	675	76,7	727	75,7	922	81,6	1.107	86	4.542	80
Preta	31	4	28	4,3	42	4,8	42	4,4	44	3,9	50	3,9	237	4,2
Amarela	9	1,2	1	0,2	6	0,7	2	0,2	8	0,7	5	0,4	31	0,5
Parda	113	14,7	83	12,8	94	10,7	108	11,3	134	11,9	118	9,2	650	11,5
Indígena	2	0,3	3	0,5	2	0,2	2	0,2	5	0,4	3	0,2	17	0,3
Ignorado	20	2,6	16	2,5	60	6,8	78	8,1	17	1,5	4	0,3	195	3,4
Não preenchido	1	0,1	0	0	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	3	0,1
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Conforme dados do Censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010b), demonstrados na figura 10, o município de Caxias do Sul possui 82,52% da população da raça/cor branca, 13,52% parda e 3,46% preta.

Figura 11 - Proporção da população de Caxias do Sul segundo raça/cor, censo demográfico 2010.



Fonte: IBGE, 2010b.

Verificou-se, conforme tabela 15, que nos bairros que possuem mais de 200 notificações de violência no período de 2015 a 2020, há uma variação nas proporções de notificação de casos de violência segundo raça/cor. Porém, permanece sendo o maior percentual de notificações na raça/cor branca, seguida da parda e preta.

Tabela 15 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e raça/cor, nos bairros com mais de 200 notificações no período, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Raça/cor	Número de notificações por bairro no período de 2015 a 2020							
	Santa Fé		Esplanada		Desvio Rizzo		Nossa Senhora de Fátima	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	356	79,46	345	87,79	236	81,1	171	76,68
Preta	16	3,57	6	1,53	7	2,41	7	3,14
Amarela	2	0,45	0	0	2	0,69	3	1,35
Parda	47	10,49	32	8,14	36	12,37	31	13,9
Indígena	2	0,45	0	0	0	0	0	0
Ignorado	25	5,58	10	2,54	10	3,44	11	4,93
Total	448	100	393	100	291	100	223	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Cabe salientar, segundo o instrutivo Viva, que em relação ao campo gestação a opção não se aplica deve ser preenchida para o sexo masculino e/ou idade incompatível com gravidez. Conforme tabela 16, 2,7% (n=156) das notificações de violência do período de 2015 a 2020 foram de pessoas identificadas como gestantes.

Do total de notificações do período (n=5.675), 1.609 (28,35%) das notificações são de pessoas do sexo feminino na faixa etária de 10 a 19 anos.

Tabela 16 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e informação sobre gestação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Gestante	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primeiro trimestre	7	0,9	12	1,9	4	0,5	9	0,9	5	0,4	11	0,9	48	0,8
Segundo trimestre	10	1,3	14	2,2	4	0,5	4	0,4	5	0,4	8	0,6	45	0,8
Terceiro trimestre	24	3,1	18	2,8	8	0,9	3	0,3	2	0,2	6	0,5	61	1,1
Idade gestacional ignorada	1	0,1	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Não	94	12,2	105	16,2	90	10,2	109	11,4	162	14,3	236	18,3	796	14
Não se aplica	578	75,1	475	73,3	710	80,7	771	80,3	879	77,8	1.015	78,9	4.428	78
Ignorado	56	7,3	23	3,5	64	7,3	64	6,7	77	6,8	11	0,9	295	5,2
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

No que tange a escolaridade, a tabela 17 demonstra que 12,2% das notificações do período são de pessoas atendidas que estavam entre a 5ª e a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental, seguido de 8% com ensino médio incompleto e 4,3% que não haviam concluído a 4ª série do Ensino Fundamental.

Ao realizar a análise da faixa etária no período de 2015 a 2020, percebeu-se que 3.010 (53,03%) notificações são de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, ou seja, que não haviam ingressado no Ensino Fundamental, o que se assemelhou ao dado indicado na tabela 16 como “não se aplica”, que correspondeu a 55,8% das notificações. Identificou-se também percentual de 12,8% de informação ignorada.

Tabela 17 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e escolaridade, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Escolaridade	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	1	0,1	3	0,5	1	0,1	1	0,1	6	0,5	1	0,1	13	0,2
1ª a 4ª série incompleta do EF	28	3,6	25	3,9	45	5,1	27	2,8	51	4,5	70	5,4	246	4,3
4ª série completa do EF	7	0,9	13	2	12	1,4	6	0,6	10	0,9	27	2,1	75	1,3
5ª a 8ª série incompleta do EF	106	13,8	110	17	77	8,8	95	9,9	144	12,7	161	12,5	693	12,2
Ensino Fundamental completo	14	1,8	16	2,5	15	1,7	20	2,1	21	1,9	46	3,6	132	2,3
Ensino médio incompleto	38	4,9	33	5,1	50	5,7	56	5,8	123	10,9	153	11,9	453	8
Ensino médio completo	5	0,6	7	1,1	5	0,6	7	0,7	21	1,9	29	2,3	74	1,3
Educação superior incompleta	3	0,4	2	0,3	0	0	1	0,1	4	0,4	5	0,4	15	0,3
Educação superior completa	1	0,1	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	2	0
Ignorado	143	18,6	113	17,4	168	19,1	178	18,5	91	8,1	35	2,7	728	12,8
Não se aplica	385	50	324	50	494	56,1	564	58,8	646	57,2	753	58,5	3.166	55,8
Não preenchido	39	5,1	2	0,3	13	1,5	5	0,5	12	1,1	7	0,5	78	1,4
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

É importante mencionar que a situação conjugal é um campo de preenchimento essencial acima de 10 anos, conforme Instrutivo de Notificação de Violência (BRASIL, 2016). Porém, destaca-se que, de acordo com o artigo 217-A do Código Penal (BRASIL, 2009), relação sexual ou outro ato libidinoso com menor de 14 anos é considerado estupro de vulnerável.

No período em estudo 2.191 (38,6%) notificações foram de pessoas na faixa etária de 10 a 19 anos e 3.484 (61,4%) pessoas na faixa etária de 0 a 9 anos (tabela 11), o que correspondeu ao dado “não se aplica” que consta na tabela 18.

Considerando-se o período de 2015 a 2020, constatou-se que em relação à situação conjugal, 23,5% foram identificados como solteiros e 1,4% casados/união estável, havendo percentual de 12,7 de informação ignorada ou não preenchida.

Tabela 18 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e situação conjugal, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Situação Conjugal	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solteiro	186	24,2	221	34,1	192	21,8	127	13,2	295	26,1	312	24,2	1.333	23,5
Casado/ União consensual	19	2,5	15	2,3	4	0,5	9	0,9	11	1	22	1,7	80	1,4
Separado	2	0,3	1	0,2	0	0	0	0	0	0	1	0,1	4	0,1
Não se aplica	435	56,5	370	57,1	551	62,6	599	62,4	699	61,9	880	68,4	3.534	62,3
Ignorado	102	13,2	38	5,9	94	10,7	74	7,7	112	9,9	70	5,4	490	8,6
Não preenchido	26	3,4	3	0,5	39	4,4	151	15,7	13	1,2	2	0,2	234	4,1
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Destaca-se que a orientação sexual é um campo de preenchimento obrigatório acima de 10 anos. No período em estudo foram identificadas 2.191 (38,6%) notificações com pessoas atendidas na faixa etária de 10 a 19 anos e 3.484 (61,4%) na faixa etária de 0 a 9 anos (tabela 11), o que corresponde a grande parte do dado “não se aplica” que consta na tabela 19. Neste campo identificou-se um percentual elevado de informação ignorada (24,1%) e não preenchida (3,6%) correspondendo a 27,7% do total de notificações do período.

Tabela 19 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e orientação sexual, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Orientação Sexual	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Heterossexual	19	2,5	16	2,5	8	0,9	11	1,1	90	8	118	9,2	262	4,6
Homossexual (gay/lésbica)	2	0,3	1	0,2	5	0,6	1	0,1	8	0,7	5	0,4	22	0,4
Bissexual	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	4	0,3	5	0,1
Não se aplica	462	60	375	57,9	629	71,5	640	66,7	751	66,5	957	74,4	3.814	67,2
Ignorado	282	36,6	256	39,5	203	23,1	157	16,4	268	23,7	203	15,8	1.369	24,1
Não preenchido	5	0,6	0	0	35	4	151	15,7	12	1,1	0	0	203	3,6
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Salienta-se que a identidade de gênero é um campo de preenchimento obrigatório acima de 10 anos. No período em estudo identificou-se 2.191 (38,6%) notificações na faixa etária de 10 a 19 anos e 3.484 (61,4%) na faixa etária de 0 a 9 anos, o que corresponde a grande parte do dado “não se aplica” que consta na tabela 20. Semelhante ao que se percebeu nas tabelas 17 e 18 que tratam da situação conjugal e orientação sexual, este campo teve um percentual elevado de informação ignorada (27,1%) e não preenchida (3,6%), o que corresponde a 30,7% do total de notificações do período.

Tabela 20 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e identidade de gênero, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Identidade de Gênero	Número de notificações por ano													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mulher transexual	0	0	0	0	4	0,5	2	0,2	3	0,3	3	0,2	12	0,2
Homem transexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	1	0
Não se aplica	441	57,3	374	57,7	629	71,5	641	66,8	792	70,1	1.044	81,1	3.921	69,1
Ignorado	324	42,1	274	42,3	212	24,1	166	17,3	323	28,6	239	18,6	1.538	27,1
Não preenchido	5	0,6	0	0	35	4	151	15,7	12	1,1	0	0	203	3,6
Total	770	100	648	100	880	100	960	100	1.130	100	1.287	100	5.675	100

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

A tabela 21 traz a informação sobre o local de ocorrência da violência, identificando-se que no período em estudo 64,20% das situações de violência (suspeitas ou confirmadas) ocorreram na residência dos casos notificados de violência interpessoal/autoprovocada e 4,70% em via pública.

Tabela 21 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e local da ocorrência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Local da ocorrência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Residência	506	462	515	490	782	889	3.644
	65,70%	71,30%	58,50%	51,00%	69,20%	69,10%	64,20%
Habitação coletiva	1	1	1	2	6	16	27
	0,10%	0,20%	0,10%	0,20%	0,50%	1,20%	0,50%
Escola	17	14	31	31	20	6	119
	2,20%	2,20%	3,50%	3,20%	1,80%	0,50%	2,10%
Local de prática esportiva	2	1	3	0	1	2	9
	0,30%	0,20%	0,30%	0,00%	0,10%	0,20%	0,20%
Bar ou similar	18	3	4	10	11	7	53
	2,30%	0,50%	0,50%	1,00%	1,00%	0,50%	0,90%
Via pública	58	47	34	43	30	53	265
	7,50%	7,30%	3,90%	4,50%	2,70%	4,10%	4,70%
Comércio/serviços	3	2	14	4	2	4	29
	0,40%	0,30%	1,60%	0,40%	0,20%	0,30%	0,50%
Indústrias/construção	1	1	1	1	0	0	4
	0,10%	0,20%	0,10%	0,10%	0,00%	0,00%	0,10%
Outro	79	36	166	202	186	234	903
	10,30%	5,60%	18,90%	21,00%	16,50%	18,20%	15,90%
Ignorado	80	81	76	26	79	76	418
	10,40%	12,50%	8,60%	2,70%	7,00%	5,90%	7,40%
Não preenchido	5	0	35	151	13	0	204
	0,60%	0,00%	4,00%	15,70%	1,20%	0,00%	3,60%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%						

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Em relação à recorrência da situação de violência, a tabela 22 demonstra que 26,10% ocorreram outras vezes. Nota-se elevado percentual de notificações com a informação

ignorada (38,70%) e não preenchida (3,7%), o que corresponde a 42,4% do total de notificações do período.

Tabela 22 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e se ocorreu outras vezes, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Ocorreu outras vezes?	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Sim	218	214	252	185	284	326	1.479
	28,30%	33,00%	28,60%	19,30%	25,10%	25,30%	26,10%
Não	177	162	261	308	305	577	1.790
	23,00%	25,00%	29,70%	32,10%	27,00%	44,80%	31,50%
Ignorado	366	272	331	315	528	384	2.196
	47,50%	42,00%	37,60%	32,80%	46,70%	29,80%	38,70%
Não preenchido	9	0	36	152	13	0	210
	1,20%	0,00%	4,10%	15,80%	1,20%	0,00%	3,70%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

De acordo com a tabela 23, do total de notificações do período, 14,40% foram de lesões autoprovocadas, sendo que houve aumento nos anos de 2019 e 2020. Em 2015 o percentual de lesões autoprovocadas foi de 9,50% em 2016, 10,30%, em 2017, 13%, em 2019, 24,50% e em 2020, 19,70%. Chama a atenção à redução em 2018 (3,60%) e o aumento em 2019 (24,50%).

Tabela 23 - Notificações de violência autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Lesão Autoprovocada?	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Sim	73	67	114	35	277	253	819
	9,50%	10,30%	13,00%	3,60%	24,50%	19,70%	14,40%
Não	608	541	666	768	822	1.012	4.417
	79,00%	83,50%	75,70%	80,00%	72,70%	78,60%	77,80%
Ignorado	84	40	64	6	19	22	235
	10,90%	6,20%	7,30%	0,60%	1,70%	1,70%	4,10%
Não preenchido	5	0	36	151	12	0	204
	0,60%	0,00%	4,10%	15,70%	1,10%	0,00%	3,60%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Em relação às lesões autoprovocadas, conforme a tabela 24 há predomínio do sexo feminino e faixa etária de 10 a 19 anos. Nota-se também aumento significativo nos anos de 2019 e 2020, sendo que em 2019 foram notificados 277 casos de lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, destes, 198 (71,48%) foram do sexo feminino e entre 10 e 19 anos. No ano de 2020 foram notificados 253 casos de lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, destes, 180 (71,15%) foram do sexo feminino e entre 10 e 19 anos. Houve aumento de 279% no número de lesões autoprovocadas no ano de 2019 se comparado ao ano de 2015.

Tabela 24 - Notificações de violência autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano, faixa etária e sexo, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano e sexo														
Faixa etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
0-9 anos	0	0	1	0	2	1	0	0	2	4	1	4	6	9
	0,00%	0,00%	1,49%	0,00%	1,75%	0,88%	0,00%	0,00%	0,72%	1,44%	0,40%	1,58%	0,73%	1,10%
10 - 19 anos	58	15	46	20	89	22	27	8	198	73	180	68	598	206
	79,45%	20,55%	68,66%	29,85%	78,07%	19,30%	77,14%	22,86%	71,48%	26,35%	71,15%	26,88%	73,02%	25,15%
Total	73	67	114	35	277	253	819							
	100%													

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Ao analisar a taxa de notificações de violência autoprovocada, nota-se que em 2015 a taxa era de 0,6 por 1000 crianças e adolescentes (considerando 121.620 a população de 0 a 19 anos conforme Censo do IBGE, 2010) e em 2019 a taxa passou a ser de 1,9 por 1000 crianças e adolescentes (considerando 142.295 a população de 0 a 19 anos estimada para 2019, IBGE,

2020) e em 2020 1,7 por 1000 crianças e adolescentes (considerando 144.362 a população de 0 a 19 anos estimada para 2020, IBGE, 2020).

A tabela 25 demonstra que no período em estudo, 6,70% dos casos notificados de violência possuíam algum tipo de deficiência. Salienta-se que 25,90% das informações tinham este dado como ignorado e 3,80% não preenchido, totalizando 29,70% das notificações do período.

Tabela 25 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano, deficiência e transtorno, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Deficiência e transtorno	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Sim	42	63	51	11	118	95	380
	5,50%	9,70%	5,80%	1,10%	10,40%	7,40%	6,70%
Não	419	391	516	758	504	1.014	3.602
	54,40%	60,30%	58,60%	79,00%	44,60%	78,80%	63,50%
Não se aplica	0	0	4	0	1	1	6
	0,00%	0,00%	0,50%	0,00%	0,10%	0,10%	0,10%
Ignorado	298	190	273	40	494	176	1.471
	38,70%	29,30%	31,00%	4,20%	43,70%	13,70%	25,90%
Não preenchido	11	4	36	151	13	1	216
	1,40%	0,60%	4,10%	15,70%	1,20%	0,10%	3,80%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Em relação à motivação da violência, 76,80% das notificações do período de 2015 a 2020 tiveram o campo “motivação” preenchido como ignorado, conforme detalhado na tabela 26.

Tabela 26 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e motivação, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Motivada por:	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Sexismo	1	0	0	1	3	8	13
	0,10%	0,00%	0,00%	0,10%	0,30%	0,60%	0,20%
Homofobia/Lesbofobia/ Bifobia/Transfobia	0	0	0	0	2	13	15
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	1,00%	0,30%
Racismo	0	0	1	1	0	0	2
	0,00%	0,00%	0,10%	0,10%	0,00%	0,00%	0,04%
Conflito geracional	0	0	3	3	34	40	80
	0,00%	0,00%	0,30%	0,30%	3,00%	3,10%	1,40%
Situação de rua	0	0	1	0	6	4	11
	0,00%	0,00%	0,10%	0,00%	0,50%	0,30%	0,20%
Deficiência	0	0	0	0	3	2	5
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,20%	0,10%
Outros	249	51	8	8	82	32	430
	32,30%	7,90%	0,90%	0,80%	7,30%	2,50%	7,60%
Não se aplica	0	3	29	35	273	220	560
	0,00%	0,50%	3,30%	3,60%	24,20%	17,10%	9,90%
Ignorado	515	594	803	761	715	968	4.356
	66,90%	91,70%	91,30%	79,30%	63,30%	75,20%	76,80%
Não preenchido	5	0	35	151	12	0	203
	0,60%	0,00%	4,00%	15,70%	1,10%	0,00%	3,60%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Cabe salientar que, apesar do Viva, instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (BRASIL, 2016), orientar que seja preenchido somente um tipo de violência (o principal) e os demais devem ser descritos nas observações adicionais, percebe-se que algumas notificações possuem a indicação de mais de um tipo de violência.

Relativo ao tipo de violência, conforme tabela 27, a negligência/abandono apareceu em 59,07% das notificações do período, seguidas da violência sexual (11,54%) e violência física (11,40%).

Tabela 27 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e tipo de violência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Tipo de violência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Física	148	96	129	111	87	76	647
	19,22%	14,81%	14,66%	11,56%	7,70%	5,91%	11,40%
Psicológica/moral	19	13	24	17	7	9	89
	2,47%	2,01%	2,73%	1,77%	0,62%	0,70%	1,57%
Tortura	1	1	0	1	1	0	4
	0,13%	0,15%	0,00%	0,10%	0,09%	0,00%	0,07%
Sexual	86	90	116	110	131	122	655
	11,17%	13,89%	13,18%	11,46%	11,59%	9,48%	11,54%
Tráfico de seres humanos	0	0	0	0	0	0	0
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Financeira/econômica	2	0	1	0	0	1	4
	0,26%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,08%	0,07%
Negligência/abandono	449	408	506	543	614	832	3.352
	58,31%	62,96%	57,50%	56,56%	54,34%	64,65%	59,07%
Trabalho infantil	0	1	0	1	0	2	4
	0,00%	0,15%	0,00%	0,10%	0,00%	0,16%	0,07%
Intervenção legal	1	0	0	0	0	0	1
	0,12%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%
Outros	82	59	114	39	278	248	820
	10,65%	9,10%	12,95%	4,06%	24,60%	19,27%	14,45%
Total de notificações	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Salienta-se que o campo tipo de violência sexual é de múltipla escolha, desta forma, pode haver mais de um tipo indicado.

Do total de notificações de violência no período de 2015 a 2020, 655 (11,54%) foram de violência sexual. Em relação ao tipo de violência sexual, identificou-se na tabela 28 que 40% das pessoas sofreram estupro, 15% assédio sexual, 2% pornografia infantil, 2% exploração sexual e 40% outros (abuso sexual, manipulação de genitais, atentado ao pudor, exposição a conteúdo sexual, suspeita de abuso sexual e tentativa de estupro).

Tabela 28 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e tipo de violência sexual, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Tipo de violência sexual *	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Assédio sexual	15	15	15	15	22	13	95
	17%	17%	13%	14%	17%	11%	15%
Estupro	39	43	41	45	50	47	265
	45%	48%	35%	41%	38%	39%	40%
Pornografia infantil	3	2	3	1	3	2	14
	3%	2%	3%	1%	2%	2%	2%
Exploração sexual	1	4	5	3	1	1	15
	1%	4%	4%	3%	1%	1%	2%
Outros	28	23	57	36	52	67	263
	33%	26%	49%	33%	40%	55%	40%
Total de violência sexual	86	90	116	110	131	122	655

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

* Múltipla escolha

Em relação aos 655 casos de violência sexual notificados no período de 2015 a 2020 identificou-se, conforme a tabela 29 que 83,06% das pessoas eram do sexo feminino e em relação à faixa etária 41,53% das pessoas atendidas possuía de 0 a 9 anos e 41,53% de 10 a 19 anos. No que se refere à violência sexual do sexo masculino, a faixa etária com maior proporção de notificações foi de 0 a 9 anos.

Tabela 29 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos por violência sexual segundo ano, faixa etária e sexo, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano e sexo														
Faixa etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
0-9 anos	30	16	38	13	51	14	39	11	65	15	49	22	272	91
	34,88%	18,60%	42,22%	14,44%	43,97%	12,07%	35,45%	10,00%	49,62%	11,45%	40,16%	18,03%	41,53%	13,89%
10 - 19 anos	37	3	35	4	46	5	58	2	47	4	49	2	272	20
	43,02%	3,49%	38,89%	4,44%	39,66%	4,31%	52,73%	1,82%	35,88%	3,05%	40,16%	1,64%	41,53%	3,05%
Total	86		90		116		110		131		122		655	
	100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

No que tange ao meio de agressão, conforme a tabela 30, no período em estudo o maior percentual de notificações foi identificado no campo outros (50,22%) e dentre estes os

principais citados foram: omissão, negligência, queda e pré-natal incompleto. Na sequência foi o envenenamento/intoxicação com 12,51% dos casos, tendo aumentado nos anos de 2019 e 2020, sendo que do total de 710 notificações, 531 (74,78%) foram lesões autoprovocadas. Força corporal/espancamento apareceu em 11,14% das notificações.

Salienta-se que este item é de múltipla escolha, desta forma, pode haver mais de um tipo de meio de agressão indicado.

Tabela 30 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo ano e meio de agressão, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Meio de agressão*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Força corporal/Espancamento	125	91	107	79	120	110	632
	16,23%	14,04%	12,16%	8,23%	10,62%	8,55%	11,14%
Enforcamento	5	2	4	2	16	18	47
	0,65%	0,31%	0,45%	0,21%	1,42%	1,40%	0,83%
Objeto contundente	7	4	5	2	12	27	57
	0,91%	0,62%	0,57%	0,21%	1,06%	2,10%	1,00%
Objeto perfuro-cortante	33	31	31	24	87	82	288
	4,29%	4,78%	3,52%	2,50%	7,70%	6,37%	5,07%
Substância/Objeto quente	10	2	13	4	7	34	70
	1,30%	0,31%	1,48%	0,42%	0,62%	2,64%	1,23%
Envenenamento/intoxicação**	84	47	76	35	223	245	710
	10,91%	7,25%	8,64%	3,65%	19,73%	19,04%	12,51%
Arma de fogo	13	11	7	5	6	2	44
	1,69%	1,70%	0,80%	0,52%	0,53%	0,16%	0,78%
Ameaça	57	49	75	43	52	38	314
	7,40%	7,56%	8,52%	4,48%	4,60%	2,95%	5,53%
Outros***	453	442	319	180	658	798	2.850
	58,83%	68,21%	36,25%	18,75%	58,23%	62,00%	50,22%
Total de notificações	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Notas:

* Múltipla escolha

** 531 (74,78%) Lesões autoprovocadas

*** Omissão, negligência, queda, pré-natal incompleto...

Em se tratando dos dados do provável autor da violência, a tabela 31 traz informação referente ao número de envolvidos, podendo-se identificar que do total de notificações do período, em 48,40% das notificações tiveram duas pessoas ou mais envolvidas e em 45,20% tinha apenas uma pessoa envolvida.

Tabela 31 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, dados do provável autor da violência segundo número de envolvidos, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Número de envolvidos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Um	360	218	419	297	650	623	2.567
	46,80%	33,60%	47,60%	30,90%	57,50%	48,40%	45,20%
Dois ou mais	329	410	394	487	464	660	2.744
	42,70%	63,30%	44,80%	50,70%	41,10%	51,30%	48,40%
Ignorado	70	20	27	14	4	4	139
	9,10%	3,10%	3,10%	1,50%	0,40%	0,30%	2,40%
Não preenchido	11	0	40	162	12	0	225
	1,40%	0,00%	4,50%	16,90%	1,10%	0,00%	4,00%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Quanto ao vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, a tabela 32 demonstra que a maior parte das violências notificadas teve como provável autor a mãe (59,59%) e/ou o pai (46,22%). Na sequência, 17,64% (n=1001) das notificações em que o provável autor da violência foi a própria pessoa, ou seja, em grande parte, as lesões autoprovocadas (n=819 notificações).

Destaca-se que este item é de múltipla escolha, desta forma, pode haver mais de um indicado como provável autor da violência.

Tabela 32 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, dados do provável autor da violência segundo vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número e proporção de notificações por ano							
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida:*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Pai	339	387	344	412	460	681	2.623
	44,03%	59,72%	39,09%	42,92%	40,71%	52,91%	46,22%
Mãe	440	405	502	561	640	834	3.382
	57,14%	62,50%	57,05%	58,44%	56,64%	64,80%	59,59%
Padrasto	34	20	23	28	43	32	180
	4,42%	3,09%	2,61%	2,92%	3,81%	2,49%	3,17%
Madrasta	5	6	3	5	8	4	31
	0,65%	0,93%	0,34%	0,52%	0,71%	0,31%	0,55%
Cônjuge	12	21	4	4	8	5	54
	1,56%	3,24%	0,45%	0,42%	0,71%	0,39%	0,95%
Ex-cônjuge	0	0	2	0	1	2	5
	0,00%	0,00%	0,23%	0,00%	0,09%	0,16%	0,09%
Namorado (a)	8	9	5	8	4	10	44
	1,04%	1,39%	0,57%	0,83%	0,35%	0,78%	0,78%
Ex-namorado (a)	4	4	3	0	2	2	15
	0,52%	0,62%	0,34%	0,00%	0,18%	0,16%	0,26%
Filho (a)	2	0	0	3	0	1	6
	0,26%	0,00%	0,00%	0,31%	0,00%	0,08%	0,11%
Irmão (â)	14	11	12	13	10	14	74
	1,82%	1,70%	1,36%	1,35%	0,88%	1,09%	1,30%
Amigos/conhecidos	30	29	47	45	31	24	206
	3,90%	4,48%	5,34%	4,69%	2,74%	1,86%	3,63%
Desconhecidos	38	31	28	31	36	22	186
	4,94%	4,78%	3,18%	3,23%	3,19%	1,71%	3,28%
Cuidador (a)	6	7	19	11	8	9	60
	0,78%	1,08%	2,16%	1,15%	0,71%	0,70%	1,06%
Patrão/chefe	0	1	1	0	1	0	3
	0,00%	0,15%	0,11%	0,00%	0,09%	0,00%	0,05%
Pessoa com relação institucional	4	6	7	9	3	2	31
	0,52%	0,93%	0,80%	0,94%	0,27%	0,16%	0,55%
Policial/agente da lei	1	1	0	0	1	0	3
	0,13%	0,15%	0,00%	0,00%	0,09%	0,00%	0,05%
Própria pessoa	115	125	167	56	280	258	1.001
	14,94%	19,29%	18,98%	5,83%	24,78%	20,05%	17,64%
Outros	56	51	83	62	82	59	393
	7,27%	7,87%	9,43%	6,46%	7,26%	4,58%	6,93%
Total de notificações	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

* Múltipla escolha

A tabela 33 traz informações referentes ao sexo do provável autor da violência, podendo-se identificar que no período em estudo 40,80% dos prováveis autores da violência eram de ambos os sexos, 29% do sexo feminino e 20,40% do sexo masculino.

Tabela 33 – Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo sexo do provável autor da violência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Sexo do provável autor da violência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Masculino	175	144	194	158	239	249	1.159
	22,70%	22,20%	22,00%	16,50%	21,20%	19,30%	20,40%
Feminino	212	112	286	245	404	388	1.647
	27,50%	17,30%	32,50%	25,50%	35,80%	30,10%	29,00%
Ambos os sexos	276	352	260	339	455	636	2.318
	35,80%	54,30%	29,50%	35,30%	40,30%	49,40%	40,80%
Ignorado	102	40	101	61	20	14	338
	13,20%	6,20%	11,50%	6,40%	1,80%	1,10%	6,00%
Não preenchido	5	0	39	157	12	0	213
	0,60%	0,00%	4,40%	16,40%	1,10%	0,00%	3,80%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Em se tratando da suspeita de abuso de álcool pelo provável autor da violência a tabela 34 demonstra o maior percentual (46,90%) das notificações com a informação ignorada e em 7,70% das notificações houve a suspeita de abuso de álcool pelo provável autor da violência.

Tabela 34 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo suspeita de uso de álcool pelo provável autor da violência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Suspeita de uso de álcool pelo provável autor da violência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Sim	74	47	58	86	84	88	437
	9,60%	7,30%	6,60%	9,00%	7,40%	6,80%	7,70%
Não	237	182	309	408	390	824	2.350
	30,80%	28,10%	35,10%	42,50%	34,50%	64,00%	41,40%
Ignorado	452	418	470	306	644	373	2.663
	58,70%	64,50%	53,40%	31,90%	57,00%	29,00%	46,90%
Não preenchido	7	1	43	160	12	2	225
	0,90%	0,20%	4,90%	16,70%	1,10%	0,20%	4,00%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Dando continuidade ao perfil do provável autor da violência, a tabela 35 demonstra que no que tange ao ciclo de vida do provável autor da violência 44,50% das notificações tiveram esta informação como ignorada. Em seguida temos 22,80% das notificações em que o provável autor da violência era uma pessoa adulta (25 a 59 anos) e em 18% das notificações o provável autor da violência tratava-se de um adolescente (10 a 19 anos).

Tabela 35 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo o ciclo de vida do provável autor da violência, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número de notificações por ano							
Ciclo de vida do provável autor da violência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Criança (0 a 9 anos)	21	7	36	41	32	100	237
	2,70%	1,10%	4,10%	4,30%	2,80%	7,80%	4,20%
Adolescente (10 a 19 anos)	68	84	158	98	307	308	1.023
	8,80%	13,00%	18,00%	10,20%	27,20%	23,90%	18,00%
Jovem (20 a 24 anos)	1	10	41	88	81	138	359
	0,10%	1,50%	4,70%	9,20%	7,20%	10,70%	6,30%
Pessoa adulta (25 a 59 anos)	11	52	161	170	300	600	1.294
	1,40%	8,00%	18,30%	17,70%	26,50%	46,60%	22,80%
Pessoa idosa (60 anos ou mais)	5	2	6	7	8	8	36
	0,60%	0,30%	0,70%	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%
Ignorado	659	493	443	405	390	133	2.523
	85,60%	76,10%	50,30%	42,20%	34,50%	10,30%	44,50%
Não preenchido	5	0	35	151	12	0	203
	0,60%	0,00%	4,00%	15,70%	1,10%	0,00%	3,60%
Total	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Em relação aos encaminhamentos das pessoas com notificação de violência interpessoal e autoprovocada, no período de 2015 a 2020, a tabela 36 demonstra que 86,48% das crianças e adolescentes foram encaminhadas para a rede de saúde e 77,60% para o Conselho Tutelar. Além de encaminhamentos para a rede de saúde e Conselho Tutelar, 1,67% foram encaminhados para a rede de atendimento à mulher, 0,83% para a rede de assistência social, 0,09% para a rede de educação, 0,39% para o Ministério Público, dentre outros.

Salienta-se que este item é de múltipla escolha, desta forma, pode haver mais de uma indicação de encaminhamento.

Tabela 36 - Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos segundo encaminhamento, Caxias do Sul – RS, 2015 a 2020.

Número e proporção de notificações por ano							
Encaminhamento*	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Rede da Saúde	564	639	767	773	959	1.206	4.908
	73,25%	98,61%	87,16%	80,52%	84,87%	93,71%	86,48%
Rede da Assistência Social	3	1	2	1	21	19	47
	0,39%	0,15%	0,23%	0,10%	1,86%	1,48%	0,83%
Rede da Educação	0	1	0	0	2	2	5
	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	0,18%	0,16%	0,09%
Rede de Atendimento à Mulher	36	32	2	2	16	7	95
	4,68%	4,94%	0,23%	0,21%	1,42%	0,54%	1,67%
Conselho Tutelar	703	584	775	768	932	642	4.404
	91,30%	90,12%	88,07%	80,00%	82,48%	49,88%	77,60%
Centro de Referência dos Direitos Humanos	0	0	1	0	0	0	1
	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
Ministério Público	2	0	4	0	8	8	22
	0,26%	0,00%	0,45%	0,00%	0,71%	0,62%	0,39%
Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	4	3	12	0	6	11	36
	0,52%	0,46%	1,36%	0,00%	0,53%	0,85%	0,63%
Delegacia de Atendimento à Mulher	14	6	6	2	3	3	34
	1,82%	0,93%	0,68%	0,21%	0,27%	0,23%	0,60%
Outras Delegacias	0	0	1	0	2	0	3
	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,18%	0,00%	0,05%
Justiça da Infância e da Juventude	1	0	1	0	1	3	6
	0,13%	0,00%	0,11%	0,00%	0,09%	0,23%	0,11%
Defensoria Pública	1	0	1	0	0	0	2
	0,13%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%
Total de notificações	770	648	880	960	1.130	1.287	5.675

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

* Múltipla escolha

4.3 QUALIDADE

A qualidade do preenchimento dos dados da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada é indispensável para as análises epidemiológicas, o planejamento dos serviços de saúde, a formulação de linhas de cuidado, a tomada de decisão e a criação de políticas públicas.

Desta forma, a seguir está descrita a análise da completude das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de Caxias do Sul no período de 2015 a 2020 (n= 5675 notificações).

4.3.1 Análise da Completude

Foi calculada a proporção de completude para cada uma das variáveis considerando o total de notificações de Caxias do Sul na faixa etária de 0 a 19 anos, no período de 2015 a 2020.

A avaliação da completude foi realizada através do percentual de registros com informação ignorada ou em branco, sendo utilizada a classificação segundo escore de Romero e Cunha, a qual determina como: excelente ($\geq 95\%$), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ($< 50\%$) (BRASIL, 2019b; ROMERO; CUNHA, 2007).

O percentual médio de preenchimento, tendo em vista todos os campos da ficha de notificação foi de 89,63%, considerada completude regular, conforme a classificação de Romero e Cunha (2007). O quadro 4 demonstra a completude por campo da ficha de notificação, podendo-se identificar os campos com maior necessidade de qualificação das informações.

Quadro 4 - Descrição do bloco, campo, tipo de resposta, critério de preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, número de notificações não preenchidas, com informação ignorada e o total, percentual de incompletude, completude e classificação segundo escore de Romero e Cunha. (continua)

Bloco	Descrição do campo	Tipo de resposta ¹	Critério de preenchimento	Campo	Não preenchido	Ignorado	Total	Incompletude (%)	Completude (%)	Classificação*
Dados gerais	Unidade de Saúde	Única	Obrigatório	Unidade de Saúde	2	2	4	0,07	99,93	excelente
Notificação individual	Data de nascimento	Única	Obrigatório	Data de nascimento	141	0	141	2,48	97,52	excelente
	Idade	Única	Obrigatório	Idade	0	0	0	0	100	excelente
	Sexo	Única	Obrigatório	Sexo	0	5	5	0,09	99,91	excelente
	Gestante	Única	Obrigatório	Gestante	0	295	295	5,2	94,80	bom
	Raça/cor	Única	Essencial	Raça	3	195	195	3,49	96,51	excelente
	Escolaridade	Única	Essencial	Escolaridade	78	728	806	14,2	88,80	regular
Dados de residência	Bairro	Única	Essencial	Bairro de residência	95	0	95	1,67	98,33	excelente
				Bairro de residência (residentes em Caxias do Sul)	42	15	57	1,05	98,95	excelente
	Zona	Única	Essencial	Zona de residência	372	53	425	7,49	92,51	bom
Dados da pessoa atendida	Situação Conjugal	Única	Essencial acima de 10 anos.	Situação conjugal	234	490	724	12,76	87,24	regular
	Orientação sexual	Única	Obrigatório acima de 10 anos.	Orientação sexual	203	1369	1572	27,7	72,30	regular
	Identidade de gênero	Única	Obrigatório acima de 10 anos.	Identidade de gênero	203	1538	1741	30,68	69,32	ruim
	Deficiência ou transtorno	Única	Essencial	Deficiência e transtorno	216	1471	1687	29,73	70,27	regular
Dados da ocorrência	Local da ocorrência	Única	Obrigatório	Local da ocorrência	204	418	622	10,96	89,04	regular
	Ocorreu outras vezes?	Única	Essencial	Ocorreu outras vezes	210	2196	2406	42,4	57,60	ruim
	A lesão foi autoprovocada?	Única	Essencial	Lesão autoprovocada	204	235	439	7,74	92,26	bom

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

*Avaliação Completude (BRASIL, 2019b; ROMERO; CUNHA, 2007).

Quadro 4 - Descrição do bloco, campo, tipo de resposta, critério de preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, número de notificações não preenchidas, com informação ignorada e o total, percentual de incompletude, completude e classificação segundo escore de Romero e Cunha. (continuação)

Bloco	Descrição do campo	Tipo de resposta ¹	Critério de preenchimento	Campo	Não preenchido	Ignorado	Total	Incompletude (%)	Completude (%)	Classificação*
Violência	Essa violência foi motivada por:	Única	Obrigatório	Violência motivada por:	203	4356	4559	80,33	19,67	muito ruim
	Tipo de violência	Única - indicar a principal (10) ^a	Obrigatório	Tipo de violência: física	211	100	311	5,48	94,52	bom
				Tipo de violência: psicológica/moral	211	110	321	5,66	94,34	bom
				Tipo de violência: tortura	211	117	328	5,78	94,22	bom
				Tipo de violência: sexual	211	107	318	5,60	94,4	bom
				Tipo de violência: tráfico de seres humanos	211	117	328	5,78	94,22	bom
				Tipo de violência: financeira/econômica	211	117	328	5,78	94,22	bom
				Tipo de violência: negligência/abandono	209	47	256	4,51	95,49	bom
				Tipo de violência: trabalho infantil	211	119	330	5,81	94,19	bom
				Tipo de violência: intervenção legal	211	117	328	5,78	94,22	bom
				Meio de Agressão	Múltipla (9) ^b	Essencial	Meio de agressão: força	238	198	436
	Meio de agressão: enforcamento	236	217				453	7,98	92,02	bom
	Meio de agressão: objeto contundente	235	214				449	7,91	92,09	bom
	Meio de agressão: objeto perfuro-cortante	230	211				441	7,77	92,23	bom
	Meio de agressão: substância/objeto quente	238	216				454	8,00	92,00	bom
	Meio de agressão: envenenamento/intoxicação	237	204				441	7,77	92,23	bom
	Meio de agressão: arma de fogo	232	215				447	7,88	92,12	bom
	Meio de agressão: ameaça	231	213				444	7,82	92,18	bom
	Violência Sexual	Qual tipo	Múltipla (5) ^c	Essencial	Assédio sexual	285	47	332	5,85	94,15
Estupro					250	44	294	5,18	94,82	bom
Pornografia infantil					280	52	332	5,85	94,15	bom
Exploração sexual					278	53	331	5,83	94,17	bom

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

*Avaliação Completude (BRASIL, 2019b; ROMERO; CUNHA, 2007).

Quadro 4 - Descrição do bloco, campo, tipo de resposta, critério de preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, número de notificações não preenchidas, com informação ignorada e o total, percentual de incompletude, completude e classificação segundo escore de Romero e Cunha. (continuação)

Bloco	Descrição do campo	Tipo de resposta ¹	Critério de preenchimento	Campo	Não preenchido	Ignorado	Total	Incompletude (%)	Comple tude (%)	Classificação*
Dados do provável autor da violência	Número de envolvidos	Única	Obrigatório	Número de envolvidos	225	139	364	6,41	93,59	bom
	Sexo do provável autor da violência	Única	Obrigatório	Sexo do provável autor da violência	213	338	551	9,71	90,29	bom
	Suspeita de uso de álcool	Única		Suspeita de uso de álcool	225	2663	2888	50,89	49,11	muito ruim
	Ciclo de vida do provável autor da violência	Única	Obrigatório	Ciclo de vida do provável autor da violência	203	2523	2726	48,04	51,96	ruim
Dados do provável autor da violência	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	Múltipla (18) ^c	Obrigatório	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: pai	213	150	363	6,40	93,60	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: mãe	212	122	334	5,89	94,11	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: padrasto	214	192	406	7,15	92,85	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: madrastra	214	200	414	7,30	92,70	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: cônjuge	214	199	413	7,28	92,72	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: ex-cônjuge	214	200	414	7,30	92,70	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: namorado (a)	214	198	412	7,26	92,74	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: ex-namorado (a)	214	200	414	7,30	92,70	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: filho	214	198	412	7,26	92,74	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: irmão	214	196	410	7,22	92,78	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: amigos/conhecidos	214	194	408	7,19	92,81	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: desconhecidos	214	187	401	7,07	92,93	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: cuidador	214	198	412	7,26	92,74	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: patrão/chefe	214	199	413	7,28	92,72	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: pessoa com relação institucional	214	199	413	7,28	92,72	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: policial/agente da lei	214	199	413	7,28	92,72	bom
				Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: própria pessoa	205	176	381	6,71	93,29	bom
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: outros	212	191	403	7,10	92,90	bom				

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

*Avaliação Completude (BRASIL, 2019b; ROMERO; CUNHA, 2007).

Quadro 4 - Descrição do bloco, campo, tipo de resposta, critério de preenchimento das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, número de notificações não preenchidas, com informação ignorada e o total, percentual de incompletude, completude e classificação segundo escore de Romero e Cunha. (conclusão)

Bloco	Descrição do campo	Tipo de resposta ¹	Critério de preenchimento	Campo	Não preenchido	Ignorado	Total	Incompletude (%)	Completude (%)	Classificação*
Encaminhamento	Encaminhamento	Múltipla (14) ^d	Obrigatório	Encaminhamento: rede da saúde	210	250	460	8,11	91,89	bom
				Encaminhamento: Rede da assistência social	224	265	489	8,62	91,38	bom
				Encaminhamento: Rede da educação	224	266	490	8,63	91,37	bom
				Encaminhamento: Rede de atendimento à mulher	224	265	489	8,62	91,38	bom
				Encaminhamento: Conselho Tutelar	211	95	306	5,39	94,61	bom
				Encaminhamento: Centro de Referência dos Direitos Humanos	224	265	489	8,62	91,38	bom
				Encaminhamento: Ministério Público	224	263	487	8,58	91,42	bom
				Encaminhamento: Delegacia especializada de proteção à criança e adolescente	398	137	535	9,43	90,57	bom
				Encaminhamento: Delegacia de atendimento à mulher	224	265	489	8,62	91,38	bom
				Encaminhamento: Outras Delegacias	224	264	488	8,60	91,4	bom
				Encaminhamento: Justiça da infância e da Juventude	224	265	489	8,62	91,38	bom
				Encaminhamento: Defensoria Pública	224	266	490	8,63	91,37	bom

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Notas:

*Avaliação Completude (BRASIL, 2019b; ROMERO; CUNHA, 2007).

¹Entre parênteses foi informado o número de opções de resposta.

a) Tipo de violência: física; psicológica/mental; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; intervenção legal; outros.

b) Meio de agressão: força corporal/espantamento; enforcamento; obj. contundente; obj. perfuro-cortante; substância/obj. quente; envenenamento, intoxicação; arma de fogo; ameaça; outro.

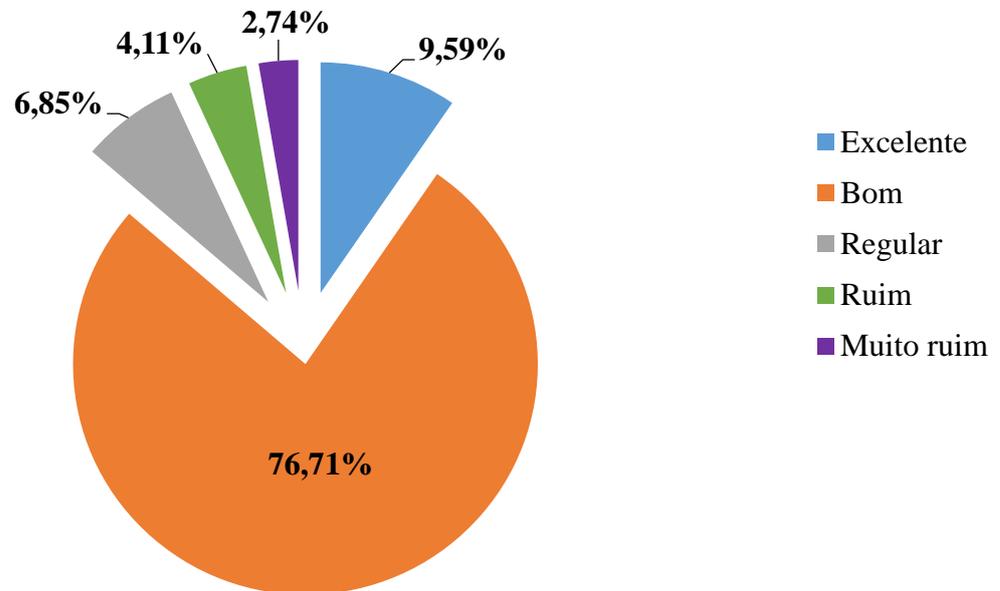
c) Tipo de violência sexual: assédio sexual; estupro; pornografia infantil; exploração sexual; outros.

d) Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: pai; mãe; padrasto; madrasta; cônjuge; ex-cônjuge; namorado(a); ex-namorado(a); filho(a); irmão(ã); amigos/conhecidos; desconhecido(a); cuidador(a); patrão/chefe; pessoa com relação institucional; policial/agente da lei; própria pessoa; outros.

e) Encaminhamento: rede da saúde; rede da assistência social; rede da educação; rede de atendimento à mulher; Conselho Tutelar; Conselho do Idoso; Delegacia de Atendimento ao Idoso; Centro de Referência dos Direitos Humanos; Ministério Público; Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente; Delegacia de Atendimento à Mulher; outras Delegacias; Justiça da Infância e da Juventude; Defensoria Pública.

Conforme demonstrado na figura 11, 76,71% dos campos apresentaram completude, de acordo com Romero e Cunha (2007), avaliada como boa, 9,5% como excelente, 6,85% como regular, 4,11% como ruim e 2,74% muito ruim.

Figura 12 - Proporção de campos de acordo com a classificação da completude segundo escore de Romero e Cunha.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

*Avaliação Completude (BRASIL, 2019b; ROMERO; CUNHA, 2007).

O quadro 5 descreve os campos conforme a classificação da completude. Sendo classificados como muito ruim (completude < 50%) os campos violência motivada por e suspeita de uso de álcool por parte do provável autor da violência; classificados como ruim (completude de 50% - 70%) os campos identidade de gênero, ocorreu outras vezes e ciclo de vida do provável autor da violência; e regular (completude de 70% - 90%) os campos escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, deficiência ou transtorno e local da ocorrência.

Quadro 5 - Avaliação da completude dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com a classificação de Romero e Cunha (2007), Caxias do Sul-RS, 2015 a 2020.

Classificação da completude*	Campos
Excelente	Unidade de saúde; Data de nascimento; Idade; Sexo; Raça/cor; Bairro de residência.
Bom	Todos os demais campos
Regular	Escolaridade; Situação conjugal; Orientação sexual; Deficiência ou transtorno; Local da ocorrência.
Ruim	Identidade de gênero; Ocorreu outras vezes; Ciclo de vida do provável autor da violência.
Muito ruim	Violência motivada por; Suspeita de uso de álcool por parte do provável autor da violência.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet - Tabwin – SES - CEVS - RS. Dados de 10 nov. 2021.

Nota:

*Avaliação Completude (BRASIL, 2019b; ROMERO; CUNHA, 2007).

Desta forma, faz-se necessário que os profissionais da saúde tenham ciência da importância da notificação de violência interpessoal e autoprovocada e do seu adequado preenchimento, tendo em vista: conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “invisíveis” nas comunidades; compreender a situação epidemiológica deste agravo no âmbito municipal, estadual e federal, subsidiando as políticas públicas para a prevenção da violência, promoção da saúde e a cultura da paz; traçar linhas de cuidado em saúde com o intuito de promover atenção integral às pessoas em situação de violência e para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção (BRASIL, 2017b).

A notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, retirando os casos de violência da invisibilidade, prevenindo a violência de repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule (BRASIL, 2017b, p.9).

Destaca-se que a notificação é uma responsabilidade institucional e não individual. Sendo assim, os profissionais, principalmente os que atuam no atendimento direto à população, devem sempre receber apoio, suporte e proteção para que não sofram retaliações

ou ameaças de prováveis autores(as) das violências. Os gestores(as) devem definir estratégias para proteção dos(as) profissionais da saúde para que estes(as) possam exercer sua atividade profissional seguindo os princípios da ética, da humanização, da integralidade e garantindo que a notificação seja realizada como um ato de cuidar e proteger (BRASIL, 2017b).

Nas situações que envolvem violências, todos merecem cuidado e proteção: pessoas em situação de violência, familiares e profissionais da saúde (BRASIL, 2017b, p. 11).

4.4 DISCUSSÃO

Os dados apresentados suscitam inúmeras discussões, porém tendo em vista a relevância e a impossibilidade de abranger todas as questões levantadas, optou-se por eleger 5 tópicos para apresentar como síntese, mencionando algumas proposições.

4.4.1. Ampliar a Vigilância da Violência no Território

A primeira etapa para realizar a vigilância da violência é reconhecer o panorama epidemiológico dos casos notificados, podendo ser usado para o isso o mapeamento através das informações sobre a residência da pessoa atendida (rua, loteamento e bairro) constantes na notificação de violência.

Em seguida, é de extrema importância conhecer o território onde residem as pessoas com notificação de violência, buscando fazer associações com a vulnerabilidade social, escolaridade, raça/cor, disponibilidade de equipamentos públicos (assistência social, saúde, educação, segurança, lazer, transporte, dentre outros), emprego e renda e organização da comunidade.

A APS tem como princípio trabalhar com população adscrita, o que faz com que as equipes de saúde conheçam as peculiaridades da população residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Neste sentido é extremamente importante qualificar o preenchimento da ficha de notificação, de modo que os dados relativos à residência da pessoa atendida sejam descritos constando nome da rua/logradouro, bairro, cidade e a zona. Além disso, sugere-se que o loteamento seja descrito no campo complemento. Em municípios maiores os bairros possuem vários loteamentos, portanto se forem descritos será possível identificar as notificações também por loteamento e não somente por bairro.

Com a análise das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de Caxias do Sul, no período de 2015 a 2020 foi possível identificar e mapear as notificações de acordo com o bairro de residência, além de descrever os loteamentos (quando citados na notificação). Com isso identificou-se os bairros que possuem maior número de notificações no período (Santa Fé, Esplanada, Desvio Rizzo e Nossa Senhora de Fátima), além de descrever o número de notificações por bairro e ano, o que pode auxiliar as equipes da APS e gestão a formular ações específicas para estes territórios.

Outra questão relevante em se tratando da vigilância da violência e a sua relação com o território é obter dados de outros setores, não somente da saúde, como escolas, rede de assistência social e Conselho Tutelar. Para isso, faz-se necessário criar estratégias para que estas instâncias sejam cadastradas como unidades notificadoras, capacitadas e façam uso da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, com posterior encaminhamento para o setor de Vigilância em Saúde e/ou DANTs do município para inserção no SINAN. Certamente esta estratégia irá ampliar o número de notificações, qualificar o diagnóstico situacional e favorecer ações intersetoriais.

Cabe salientar que os(as) profissionais da saúde, no exercício da profissão, têm o dever de notificar. Porém, de acordo com pactuações locais, profissionais de outros setores, como educação e assistência social, podem também realizar a notificação (LIMA; MASCARENHAS; SILVA, 2020).

Além de sensibilizar os profissionais da saúde para a identificação das situações suspeitas e/ou confirmadas e o preenchimento adequado da ficha de notificação, é de suma importância traçar uma linha de cuidado para estas pessoas atendidas, buscando evitar que a violência se repita e minimizando as consequências da violência sofrida.

4.4.2. Qualificar a notificação de violência: identificação de casos suspeitos e/ou confirmados e a qualidade do preenchimento da notificação (completude)

A identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes e o preenchimento da notificação de violência permanece sendo uma prática pouco frequente em alguns serviços de saúde, seja pela dificuldade em identificar, tendo em vista que normalmente a queixa que leva a pessoa a procurar atendimento muitas vezes não está diretamente ligada à situação de violência, ou pela falta de conhecimento sobre a notificação e/ou dificuldades relacionadas ao processo de trabalho (tempo disponível para o atendimento, conhecimento sobre o fluxo de atendimento às situações de violência e encaminhamentos).

Estudo transversal com 381 profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), de três Regiões de Saúde do Estado do Ceará, demonstrou que participar de capacitação sobre o tema, conhecer a ficha de notificação e dominar o fluxo de encaminhamento apresentaram associação estatisticamente significativa com a notificação de situações suspeitas e/ou confirmadas de violência em crianças e adolescentes. Além disso, os resultados do estudo demonstraram distanciamento entre identificar situações de violência e

realizar a notificação, sendo que a frequência da notificação foi de 17%, considerada muito baixa, tendo em vista a obrigatoriedade por parte dos profissionais, conforme preconiza a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 em que a notificação de violência passou a integrar a lista de notificações compulsórias (MOREIRA *et al.*, 2014).

Pesquisas recentes demonstram redução do número de notificações no período da pandemia da Covid-19, presumindo-se subnotificação (CAUS *et al.*, 2021; LEVANDOWSKI *et al.*, 2021; MARCOLINO *et al.*, 2021; PLATT, GUEDERT, COELHO, 2021; CANAVESE, POLIDORO, 2022). Situação que alerta sobre a necessidade de pensar em estratégias para minimizar as consequências relacionadas às situações de violência na vigência de pandemias, ampliando o acesso aos serviços de saúde e qualificando os canais para denúncias relacionadas à violência.

Estudo realizado por Levandowski *et al.* (2021), sobre notificações de violência infanto-juvenil no Estado do Rio Grande do Sul, identificou redução de 54% no número de notificações durante os meses de março e abril de 2020, período de maior índice de distanciamento social, comparado com o mesmo período de 2019.

Outra pesquisa, desenvolvida no Estado de Santa Catarina, demonstrou redução em 55,3% no número de notificações de violência no período de isolamento social (distanciamento físico), ressaltando que a redução pode explicitar dificuldades em realizar as denúncias e acionar recursos para cuidado às vítimas e não a redução na incidência do agravo (PLATT; GUEDERT; COELHO, 2021).

Diferentemente do exposto nos estudos supracitados e do ocorrido nas esferas nacional, estadual e 5ª CRS, o número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada no município de Caxias do Sul teve aumento no ano de 2020 (aproximadamente 14%) se comparado a 2019. Porém em 2020 houve aumento da proporção de notificações realizadas pelo nível secundário (51,2%), e redução das notificações realizadas pelo nível primário (19,9%) o que leva à reflexão sobre a gravidade dos casos e também sobre o acesso aos serviços de saúde.

Importante estratégia para ampliar a identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência é investir nas visitas domiciliares, contando com os profissionais da APS como os Agentes comunitários de saúde e os visitantes do Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Muitas vezes as situações de violência não chegam até os serviços de saúde, sendo assim, através das visitas e acompanhamentos domiciliares é possível estreitar os vínculos com a família e identificar situações que não seriam identificadas de outra forma. Para isso

faz-se necessário ampliar o número destes profissionais, capacitá-los para a identificação das situações de violência e dar suporte através de equipe interdisciplinar para o acompanhamento e encaminhamento para a rede de proteção.

Ao analisar o preenchimento das notificações de violência interpessoal e autoprovocada de Caxias do Sul/RS no período de 2015 a 2020, e utilizando a classificação segundo escore de Romero e Cunha (ROMERO; CUNHA, 2007) constatou-se quanto à avaliação da completude que: 76,71% dos campos apresentaram completude avaliada como boa, 9,5% como excelente, 6,85% como regular, 4,11% como ruim e 2,74% muito ruim. Sendo classificados como muito ruim (completude < 50%) os campos violência motivada por e suspeita de uso de álcool por parte do provável autor da violência; classificados como ruim (completude de 50% - 70%) os campos identidade de gênero, ocorreu outras vezes e ciclo de vida do provável autor da violência; e regular (completude de 70% - 90%) os campos escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, deficiência ou transtorno e local da ocorrência.

O percentual médio de preenchimento dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada em Caxias do Sul, no período de 2015 a 2020, foi de 89,63%, completude regular, conforme escore de Romero e Cunha (ROMERO; CUNHA, 2007). Semelhante ao identificado no Brasil em 2016 em que o percentual médio de preenchimento das variáveis da ficha de notificação foi de 84,4%, sendo também classificado como completude regular. A completude foi classificada como regular em todas as regiões geográficas, variando de 76,7% no Nordeste a 89,9% no Sul (BRASIL, 2019b).

Salienta-se que ao mesmo tempo em que é importante realizar a notificação, também surge à necessidade de obter informações sobre grupos em situações específicas de violência e vulnerabilidade. Portanto, em 6 de junho de 2014, a Portaria nº 1.271, conferiu caráter imediato à notificação de estupro e tentativa de suicídio, fazendo com que o atendimento às vítimas ocorresse em momento oportuno. Já, com a Portaria MS/GM nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), foram incluídos na ficha de notificação os campos orientação sexual, identidade de gênero da pessoa atendida e motivação da violência. Outro fato importante foi à criação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e a Portaria nº 2.984, de 27 de dezembro de 2016, a qual teve como propósito revisar a relação de indicadores e metas do programa, atentando para a importância das características raciais na determinação social da saúde e das violências no Brasil, sendo a qualidade do campo raça/cor da pessoa atendida nas notificações de violência interpessoal e

autoprovocada incluída como um dos indicadores de qualidade da vigilância em saúde no Brasil, tendo como meta 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida (POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020). Através da análise das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de Caxias do Sul, 2015 a 2020, identificou-se 96,51% de completude no campo raça/cor.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul, contemplando o período de 2014 a 2018 identificou através da análise das notificações no SINAN, que há necessidade de qualificação dos campos orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência (POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020).

Precisa-se atentar para o número elevado de casos ignorados nos campos orientação sexual e identidade de gênero, os quais podem estar vinculados ao preconceito e dificuldade de abordagem dessas questões por profissionais da saúde. É comum o relato de situações discriminatórias nos serviços de saúde, impactando negativamente no acesso da população LGBT a estes serviços. O que denota a necessidade constante de capacitação das equipes para o atendimento humanizado e o adequado preenchimento da ficha de notificação (PINTO, *et al.*, 2020a).

O principal propósito das alterações na ficha de notificação e no processo de vigilância das violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil ao longo dos anos é a busca da equidade, a qual deve nortear as políticas públicas de saúde e as ações do SUS, objetivando produzir informações que possibilitem conhecer as diferentes necessidades de grupos específicos e atuar na redução das iniquidades em saúde. Dentre estes grupos pode-se citar: os indígenas, população em situação de rua, população LGBT, população negra e mulheres, os quais estão sujeitos a importantes desigualdades em saúde e no acesso aos serviços de saúde (POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020).

No Brasil, em 2016, foram notificados 274.657 casos de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN. Foram excluídos 31.398 (11,4%) casos devido à inadequação à definição de caso, duplicidades, e inconsistência de dados, resultando em 243.259 casos para compor a base nacional limpa (BRASIL, 2019b).

Sendo assim, faz-se necessário criar estratégias como: capacitação dos(as) profissionais, tendo em vista a identificação e o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada; realizar a análise periódica dos dados (perfil e qualidade de preenchimento) e divulgação para os serviços de saúde, com o intuito de sensibilizar os profissionais e propor ações nos territórios.

4.4.3. Investigar a quem a violência mais acomete

Diferente da realidade nacional e estadual, Caxias do Sul apresentou um aumento no número de notificações no ano de 2020 se comparado a 2019. E em se tratando da faixa etária, Caxias do Sul possui comportamento inverso ao nível federal, estadual e 5ª CRS, havendo maior percentual de notificações na faixa etária de 0 a 19 anos.

No período de 2015 a 2020 foram registradas 5.675 notificações de violência interpessoal e autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos em Caxias do Sul (59% do total de notificações do período) sendo que destes, 95% eram residentes de Caxias do Sul. O bairro com maior número de notificações no período foi o Santa Fé, seguido do Esplanada, Desvio Rizzo e Nossa Senhora de Fátima. Observou-se maior proporção de notificações realizadas pelo nível secundário e que 61,4% das notificações de violência foram de crianças na faixa etária de 0 a 9 anos e 38,6% de 10 a 19 anos, o inverso do padrão nacional e estadual para o mesmo período. O sexo feminino possuiu a maior proporção de notificações, com 57,60% e o sexo masculino 42,30% das notificações. Identificou-se que 80% das notificações de violência foram de pessoas autodeclaradas como da raça/cor branca, seguida da parda (11,5%) e preta (4,2%). Destaca-se que, conforme dados do Censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010b), o município de Caxias do Sul possui 82,52% da população da raça/cor branca, 13,52% parda e 3,46% preta. Em relação ao local da ocorrência da violência, 64,20% ocorreram nas residências e 4,70% em via pública. As lesões autoprovocadas contabilizaram 14,40% das notificações do período, com aumento de 279% em 2019 se comparado a 2015, com maior proporção do sexo feminino e faixa etária de 10 a 19 anos; relativo ao tipo de violência, a negligência/abandono apareceu em 59,07% das notificações do período, seguidas da violência sexual (11,54%) e violência física (11,40%). Em relação à violência sexual (11,54%), houve maior proporção no sexo feminino (83,06%) com o mesmo percentual de casos na faixa etária de 0 a 9 anos e 10 a 19 anos; no sexo masculino a faixa etária com maior proporção foi de 0 a 9 anos; em relação ao provável autor da violência identificou-se a mãe (59,59%) e/ou o pai (46,22%) com os maiores percentuais.

Semelhante ao identificado no perfil das notificações de Caxias do Sul (exceto no quesito raça/cor), a descrição do perfil epidemiológico dos homicídios e das violências contra crianças (0 a 9 anos) notificadas pelos serviços de saúde, em 2018, no Brasil demonstrou maior frequência de notificação de violência contra crianças do sexo feminino (54,4%) e negra (47,9%). A natureza da violência mais frequente foi a negligência/abandono (53,4%),

seguida de violência sexual (26,5%), perpetrada por familiar (97,8%) e a maioria ocorreu na residência (67,1%) (BRASIL, 2020).

Relativo à unidade notificadora, em Caxias do Sul identificou-se, no período de 2015 a 2020, uma maior proporção de notificações realizadas pelo nível secundário e terciário (68%). Estudo sobre violência contra crianças e adolescentes realizado em Manaus – Amazonas no período de 2009 a 2016 identificou que a maior parte das notificações foi realizada por serviços de saúde de alta complexidade (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Pode-se pensar em várias questões, tais como: a gravidade dos casos, a capacitação dos profissionais e conhecimento sobre a notificação, além de falhas no processo de trabalho para a identificação e notificação de situações de violência.

Em se tratando de Brasil, em 2017 foram registradas 307.367 notificações de violência interpessoal e autoprovocada. Desse total, 71,8% dos casos notificados eram mulheres, 46,5% eram adolescentes (10-19 anos) ou jovens adultas (20-29 anos), 45,5% eram negras, 40,4% eram brancas e 12,5% tiveram a raça/cor da pele ignorada. Do total de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas. Em relação à tipologia, houve predomínio das agressões físicas (67,7%), seguidas pelas psicológicas (28,8%), negligência/abandono (16,4%) e sexuais (15,4%). Em relação ao provável autor da violência, parceiros íntimos (28,5%) e familiares (27,3%) foram os mais frequentes (LIMA; MASCARENHAS; SILVA, 2020). Semelhante ao identificado em Caxias do Sul no período de 2015 a 2020, na faixa etária de 0 a 19 anos, em que houve maior proporção de notificações do sexo feminino, elevado percentual de lesões autoprovocadas (14,40%) e provável autor da violência tratava-se de familiar na maior parte dos casos. Porém, em relação à faixa etária ocorreu o inverso, sendo o maior percentual de notificações na faixa etária de 0 a 9 anos (61,4%).

Estudo realizado por Pinto, *et al.* (2020b), o qual analisou as três edições do VIVA Inquérito (2011, 2014 e 2017) demonstrou que houve aumento nos casos de notificação de violência negligência. Além disso, identificou que a violência cometida por pessoas conhecidas da vítima atinge de forma significativa as crianças. A violência que ocorre em ambiente doméstico demonstra as condições desfavoráveis em que vivem e se desenvolvem as famílias brasileiras (PINTO, *et al.*, 2020b).

A negligência, conceito controverso em sua compreensão, carrega consigo uma complexidade que dificulta definir na vida real as situações vivenciadas como negligentes, podendo as famílias reproduzir, praticar ou sofrer negligências. Essa complexidade pode afetar o registro, mas também as possibilidades de atuação em relação a essa forma de violência (PINTO, *et al.*, 2020b, p. 11).

Importante destacar as diferenças identificadas no perfil das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em Caxias do Sul no período de 2015 a 2020 em relação ao nível nacional e estadual no mesmo período, havendo uma maior proporção de notificações na faixa etária de 0 a 19 anos (59%) em relação ao total de notificações, sendo que no Brasil e no Rio Grande do Sul a proporção de notificações nesta faixa etária foi de 39%. Analisando a faixa etária de 0 a 19 anos, em Caxias do Sul a maior proporção de notificações foi em crianças de 0 a 9 anos (61,4%), diferente do identificado no Brasil (35,96%) e no Rio Grande do Sul (40,34%).

Desta forma, precisa-se traçar estratégias de promoção da cultura da paz, com o intuito de prevenir situações de violência como um todo, mas principalmente nos grupos mais acometidos, como crianças de 0 a 9 anos, do sexo feminino, tendo em vista que a maior parte destas situações de violência ocorrem em ambiente familiar. Além de identificar precocemente as situações suspeitas e/ou confirmadas de violência, com o objetivo de realizar o adequado atendimento às vítimas e prevenir a reincidência. Para isso, necessita-se planejar ações intersetoriais e estimular o envolvimento da sociedade civil, buscar incluir nas grades curriculares das instituições de ensino atividades voltadas para o desenvolvimento da cultura da paz.

4.4.4. Investigar e contextualizar a violência autoprovocada

As lesões autoprovocadas, em Caxias do Sul, no período de 2015 a 2020, na faixa etária de 0 a 19 anos, representaram 14,40% das notificações, houve predomínio do sexo feminino e faixa etária de 10 a 19 anos. Nota-se também aumento nos anos de 2019 e 2020, sendo que em 2019 foram notificados 277 casos de lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, destes, 198 (71,48%) foram do sexo feminino e entre 10 e 19 anos. No ano de 2020 foram notificados 253 casos de lesão autoprovocada na faixa etária de 0 a 19 anos, destes, 180 (71,15%) foram do sexo feminino e entre 10 e 19 anos. Houve aumento de 279% no número de lesões autoprovocadas no ano de 2019 se comparado ao ano de 2015.

Ao analisar a taxa de notificações de violência autoprovocada, nota-se que em 2015 a taxa era de 0,6 por 1.000 crianças e adolescentes (considerando 121.620 a população de 0 a 19 anos conforme Censo do IBGE, 2010), em 2019 a taxa passou a ser de 1,9 por 1.000 crianças e adolescentes (considerando 142.295 a população de 0 a 19 anos estimada para 2019) e em 2020 a taxa foi de 1,7 por 1000 crianças e adolescentes (considerando 144.362 a população de 0 a 19 anos estimada para 2020) (IBGE, 2022).

Realidade semelhante é demonstrada em estudo realizado com notificações de violência autoprovocada em adolescentes (10 a 19 anos) brasileiros no período de 2009 a 2016, em que houve aumento significativo da taxa nacional passando de 2,1 por 100.000 adolescentes em 2009 para 25,7 por 100.000 em 2016. A região Sul apresentou as maiores taxas no período (BRITO *et al.*, 2021). Ao analisar as notificações de violência autoprovocada em adolescentes da região sul, o estudo identificou no período de 2009 a 2012 taxa de 5,1/100.000 no sexo masculino e 11,6/100.000 no sexo feminino e no período de 2013 a 2016 taxa de 18,9/100.000 no sexo masculino e 48,1/100.000 no sexo feminino (BRITO *et al.*, 2021).

Conforme Brito *et al.* (2021), o fato de o sexo feminino representar a maioria dos casos de autoagressão em adolescentes pode estar vinculado às situações de abuso sexual, violência física e abandono, tendo em vista que a discriminação e a violência são uma realidade compartilhada por meninas e mulheres do mundo todo. A conduta exemplar socialmente esperada da mulher contribui para sua fragilização, levando muitas vezes à autodestruição, o que contribui para os elevados números de suicídios entre mulheres jovens.

Em Caxias do Sul, no período de 2015 a 2020 em se tratando de crianças e adolescentes, o sexo feminino possuiu a maior proporção de notificações, com 57,60%. Relativo à violência sexual (11,54%), houve maior proporção no sexo feminino (83,06%) com o mesmo percentual de casos na faixa etária de 0 a 9 anos e 10 a 19 anos.

No Brasil, no ano de 2017, foram registradas 307.367 notificações de violência interpessoal/autoprovocada. Do total de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas e, dentre elas, 34,5% corresponderam a tentativas de suicídio. Em se tratando especificamente de crianças e adolescentes, foram registrados 20.520 casos de lesão autoprovocada e 7.098 de tentativas de suicídio (LIMA; MASCARENHAS; SILVA, 2020).

Este cenário assemelha-se ao encontrado em Caxias do Sul, em que há um aumento importante no número de casos de lesões autoprovocadas principalmente de adolescentes do sexo feminino, fazendo-se necessário qualificar a rede de proteção para o cuidado oportuno e prevenção do suicídio.

Necessita-se identificar e prevenir os múltiplos fatores que levam a lesão autoprovocada como o *bullying*, as situações de violência sexual, a violência de gênero, a violência racial, dentre outros. Tendo em vista que a lesão autoprovocada, muitas vezes, é consequência de sofrimento que já vem ocorrendo. Além de realizar trabalho conjunto com as instituições de ensino, tendo em vista que muitas destas situações podem ser identificadas por professores e/ou colegas e não raras vezes demoram a chegar ou não chegam ao setor saúde.

4.4.5. Promover a Intersetorialidade e estratégias de enfrentamento

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 desenvolvido pelo Ministério da Saúde descreve ações para o enfrentamento das violências abrangendo a promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde, além da geração e uso das informações (BRASIL, 2021).

Em relação à **promoção da saúde** tendo em vista as situações de violência, precisa-se realizar ações envolvendo as diversas instâncias (Nacional, Estadual e Municipal) buscando o fortalecimento da pauta sobre promoção da cultura da paz na gestão pública. Fomentar ações das equipes da APS e demais setores (segurança, assistência social e educação), para o enfrentamento da violência doméstica com atenção às populações em situação de vulnerabilidade ou iniquidades. Incluir no processo de trabalho dos profissionais da APS e da educação abordagens para a promoção da cultura da paz. Elaborar publicações sobre as temáticas de suicídio e lesões autoprovocadas, combatendo a desinformação e o estigma em torno dos transtornos mentais e o suicídio (BRASIL, 2021).

Tendo em vista a **atenção integral à saúde** voltada para as situações de violência, os municípios necessitam incluir na carteira de serviços da APS ações de prevenção de violências. Implementar linhas de cuidado para atendimento às pessoas em situação de violência. Traçar estratégias de educação permanente para os profissionais da saúde, tendo em vista a identificação e o acompanhamento das situações de violência interpessoal e autoprovocada. Fortalecer a rede de Atenção psicossocial e sua integração com a APS para o enfrentamento das violências autoprovocadas (BRASIL, 2021). Além disso, importante traçar estratégias que incluam acompanhamento e atividades voltadas para o atendimento do agressor, tendo em vista evitar a recorrência da violência.

Em se tratando da **Vigilância em Saúde**, o Ministério da Saúde sugere a criação de núcleos de Prevenção de Violências, com o intuito de construir redes, organizar ações e serviços de prevenção e cuidado às vítimas e aos agressores. Outra questão relevante é qualificar as informações sobre quesitos de equidade (raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual, dentre outros) em relação aos agravos decorrentes de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN. Incentivar o desenvolvimento de pesquisas sobre violência, suicídio e vulnerabilidades relacionadas a estes agravos (BRASIL, 2021).

No que tange a **prevenção de doenças e agravos à saúde**, importante realizar ações conjuntas com as instituições de ensino (Secretaria da Educação, instituições de ensino

fundamental, médio e superior, públicas e privadas) tendo em vista incluir atividades de promoção da cultura da paz, além de incluir na grade curricular dos cursos da saúde, disciplinas que abordem conhecimentos sobre a prevenção e o cuidado às vítimas de violência e prevenção do suicídio e nos cursos de licenciatura, disciplinas que abordem determinantes e condicionantes sociais das violências, identificação de situações e procedimentos de proteção das vítimas. Fomentar na APS ações intra e intersetoriais de prevenção da violência nos diversos ciclos vitais, tendo em vista as populações vulneráveis, atentando para a diversidade, o contexto socioeconômico e cultural, desenvolvendo habilidades sociais e comunitárias para lidar com conflitos, como por exemplo, a resiliência, comunicação não violenta e fortalecimento de vínculos (BRASIL, 2021).

Outra questão muito importante no enfrentamento às violências é **a geração e o uso das informações**, sendo um dos principais recursos de trabalho na saúde pública. No âmbito nacional, os sistemas de informação e grandes inquéritos, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (Vigitel), buscam responder aos indicadores formulados em âmbito global e nacional. Em nível local, deve-se acompanhar estes indicadores e os formulados localmente, tendo em vista avaliar e implementar ações e serviços, mantendo o banco de dados atualizado e promovendo ações para melhorar a qualidade do preenchimento das fichas de notificação. Faz-se necessário avançar na interoperabilidade de dados, o que irá compor um conjunto coeso e completo de informações que podem demonstrar indicadores de saúde e sua relação com indicadores sociais (BRASIL, 2021).

Além de melhorar as informações e produzir uma análise da situação de saúde, é imprescindível divulgar a informação e utilizá-la para pleitear ações em prol da prevenção da violência, identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência e atendimento às vítimas. A informatização deve compreender, além da ampliação do acesso a computadores conectados com a rede de internet, a automação do máximo de processos possíveis para facilitar e agilizar o trabalho dos profissionais (BRASIL, 2021).

4.4.6. Limitações do Estudo

Algumas limitações precisam ser apontadas. Destaca-se que as notificações de violência interpessoal e autoprovocada foram realizadas por profissionais da saúde, sendo assim, as pessoas que, por ventura, não tiveram acesso aos serviços de saúde não estariam

compreendidas nesta estatística; além disso, as escolas, serviços de assistência social e Conselho Tutelar, em Caxias do Sul, não estão cadastrados como unidades notificadoras e não realizam a notificação através do SINAN, não podendo, portanto, ter sido identificadas as situações atendidas nestes setores, a menos que tenham sido atendidas e identificadas pelo setor saúde.

A ausência de estudos com perfil socioeconômico de Caxias do Sul por bairro dificultou análises comparativas entre número de notificações de violência e situação socioeconômica.

Outra questão relevante é que no período em estudo (2015 a 2020) tem-se o início da pandemia da Covid-19 no ano de 2020, permanecendo ainda um desafio compreender o impacto em relação às notificações de violência interpessoal e autoprovocada.

Alguns campos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada tiveram sua análise limitada pela incompletude, como por exemplo: violência motivada por, suspeita de uso de álcool por parte do provável autor da violência, identidade de gênero, ocorreu outras vezes, ciclo de vida do provável autor da violência, escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, deficiência ou transtorno e local da ocorrência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é um problema de saúde pública que contribui de forma expressiva para a morbimortalidade. O enfrentamento deste agravo só será possível com o envolvimento dos diversos setores da sociedade, atividades intersetoriais e a implementação, expansão e aprimoramento das políticas de vigilância em saúde.

Tendo em vista o período de 2015 a 2020 as notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de Caxias do Sul demonstraram um aumento do número de notificações de violência realizado pelo setor secundário; maior número de notificações em crianças de 0 a 9 anos do sexo feminino e aumento significativo das notificações de lesões autoprovocadas. Além disso, em relação às notificações por faixa etária, o perfil epidemiológico das notificações de violência de Caxias do Sul diferiu dos demais níveis (nacional e estadual), identificando-se maior percentual de notificações em crianças e adolescentes.

Em se tratando do tipo de violência, a maior proporção foi de negligência/abandono, seguida da violência sexual (maior percentual no sexo feminino e mesma proporção em crianças e adolescentes) e violência física. Em relação ao provável autor da violência identificou-se a mãe e o pai com os maiores percentuais. A maior parte das situações de violência ocorreu nas residências.

Diferente da hipótese inicial e da realidade apresentada pelo nível federal e estadual, o número de notificações de violência em crianças e adolescentes em Caxias do Sul aumentou no ano de 2020 (14% de aumento no ano de 2020 se comparado a 2019).

Em relação à qualidade do preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Caxias do Sul apresentou completude classificada como regular. Portanto, sinaliza-se a necessidade de melhorar o preenchimento dos campos com a completude classificada como muito ruim (completude < 50%): a violência motivada por e suspeita de uso de álcool por parte do provável autor da violência; os campos classificados como ruim (completude de 50% - 70%): identidade de gênero, ocorreu outras vezes e ciclo de vida do provável autor da violência; e os campos classificados como regular (completude de 70% - 90%): escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, deficiência ou transtorno e local da ocorrência.

Necessita-se qualificar a vigilância das violências na Atenção Primária à Saúde, através de estratégias de educação em saúde dos(as) profissionais da saúde para a identificação e adequado preenchimento da ficha de notificação de violência, além de ampliar

as unidades notificadoras, incluindo as escolas, a rede de assistência social e o Conselho Tutelar, aprimorando (quanti e qualitativamente) os dados sobre violência interpessoal e autoprovocada. Além disso, pode ser potente o fato de criar estratégias para a prevenção, identificação, acompanhamento, monitoramento e prevenção da reincidência da violência em crianças e adolescentes. Outrossim, há que se realizar a análise periódica dos dados (perfil e qualidade de preenchimento) e divulgar para os serviços de saúde, com o intuito de sensibilizar as equipes e também propor ações nos territórios.

Por fim, deve-se utilizar a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável como oportunidade para priorizar políticas públicas que tenham como foco temas vinculados a paz, o desarmamento, a proteção e a vida.

Para pesquisas futuras sugere-se investigar como se dá a notificação de violência interpessoal e autoprovocada nos serviços de saúde, abrangendo o conhecimento que as equipes e profissionais de saúde detêm sobre o assunto, o processo de trabalho e necessidades apontadas pelos mesmos. Outra questão a ser analisada e aprofundada é a relação entre o número e o perfil das notificações de violência, as condições socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde, pois o quantitativo de notificações pode estar relacionado com a maior ocorrência de situações de violência, mas também está diretamente ligado ao acesso aos serviços de saúde e a notificação por parte dos profissionais que prestam o atendimento. Realizar estudo com escolas, rede de assistência social e Conselho Tutelar, tendo em vista ampliar o conhecimento sobre situações de violência em crianças e adolescentes identificadas pelos demais setores, além do setor saúde, possibilitando um diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes no município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATH, M. DE B. *et al.* Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 131-142, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/fyDMwnQ7LvkKdrd7MqhzfNq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

ALMEIDA, Marco Antonio Chaves de. **Projeto de pesquisa: guia prático para monografia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Walk Editora, 2012.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Polém, 2019. 150 p.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010. 213p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf;jsessionid=65CCD9BFBD71DF2D4577C41D1E5F04A7?sequence=5. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/2001**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 64 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. O Decreto-Lei nº 2.848, de 1940, Código Penal, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 217-A, 218-A, 218-B, 234-A, 234-B e 234-C. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm#:~:text=Estupro%20de%20vulner%C3%A1vel-,Art.,a%2015%20\(quinze\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm#:~:text=Estupro%20de%20vulner%C3%A1vel-,Art.,a%2015%20(quinze)%20anos). Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovo cada_2ed.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, de setembro de 2017**. [s. l.], 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 22 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 03 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica - Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. *E-book*. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Boletim Epidemiológico, v. 49, n. 27, jun. 2018b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/2018-024.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. *E-book*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil – 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Versão Preliminar. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/sistema-de-informacao-de-agravos-de-notificacao-sinan/>. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise das notificações e mortes por violência envolvendo crianças em 2018**. Boletim Epidemiológico, v. 51, n.28, jul. 2020. p. 29–36. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-28-2020.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. DATASUS. **Violência Interpessoal/Autoprovocada, Brasil, 2015 a 2020 por faixa etária**. 2022a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES . **Quantidade por Tipo da Equipe segundo Município**. Caxias do Sul, maio, 2022b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipers.def>. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor. Relatórios Públicos dos Sistemas de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura APS**. abr. 2022c. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso em: 12 de jul. 2022.

BRITO, Franciele Aline Machado de. *et al.* Violência Autoprovocada em Adolescentes no Brasil, segundo meios utilizados. **Cogitare Enfermagem** [online], [s. l.], v. 26, 2021. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/centf/a/QYfSyYmg46S4MT8Dwy8p5xw/#>. Acesso em: 29 maio 2022.

CANAVESE, D. ; POLIDORO, M. Cursos on-line em períodos de crise e de Covid-19 como resposta para apoiar a vigilância da violência e as notificações de violência doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. Botucatu, v.26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210561>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CAUS, E. C. M.; ANDRADE, J. A. de; JOHN, K. G.; WOJCIECHOWSKI, M.; MUNHOZ, P. Estudo comparativo das notificações da violência contra a mulher antes e durante a pandemia do COVID-19 no Planalto Norte Catarinense. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, [S. l.], v. 10, p. 102–117, 2021. DOI: 10.24302/sma.v10.3442. Disponível em: <http://54.205.230.206/index.php/sma/article/view/3442>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Gestão. Secretaria Municipal da Saúde. Caxias do Sul. 2021. Disponível em: <https://caxias.rs.gov.br/gestao/secretarias/saude>. Acesso em: 10 dez 2021.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal do Planejamento. **GeoCaxias – Mapa Público**. Caxias do Sul. 2022. Disponível em: <https://geopublico.caxias.rs.gov.br/geocaxias/login>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CERQUEIRA, Daniel. *et al* (coord.). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/12/atlas-violencia-2021-v7.pdf>. Acesso em: 22 maio 2022.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.171-188, jan. 2002. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2002000100011>. Acesso em: 11 set. 2022.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M.F R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 83–92, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2021.

GARBIN, C. A. S. *et al*. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1879–1890, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2021.

GELEDÉS. Instituto da mulher negra (Org.); Centro feminista de estudos e assessoria (CFEMEA). **Guia de enfrentamento do racismo institucional**. [S. l.], 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2013/05/FINAL-WEB-Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>. Acesso em: 21 maio 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

GREGORI, J. de; & VERONESE, C. Juventudes, Violências e Interseccionalidades no Brasil: Reflexões a partir do Estatuto da Juventude. **Interfaces Científicas – Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 7, n.1, p. 71-82, jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/4441>. Acesso em: 29 maio 2022.

HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL (HG). Serviços. **Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS)**. 2022. Disponível em: https://www.hgcs.com.br/servicos_int.php?id=20. Acesso em: 15 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. **População urbana e rural e densidade demográfica**. 2010a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/caxias-do-sul/panorama>. Acesso em: 19 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Censo Demográfico 2010b. **População residente por cor ou raça**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/territorio#/N6/435108>. Acesso em: 19 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010c. **Estimativa populacional para 2020 e 2021**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/caxias-do-sul/panorama>. Acesso em: 19 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Censo Escolar – Sinopse Estatística da Educação Básica 2021**. Escolas. Caxias do Sul, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/caxias-do-sul/pesquisa/13/78117>. Acesso em: 09 jul. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Cadernos ODS**. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: ODS 16. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/191114_cadernos_ODS_objetivo_16.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

LEVANDOWSKI, M. L. *et al.* Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDc35gk53mDz9MrX4nFfr/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2021

LIMA, C.M.; MASCARENHAS, M.D.M.; SILVA, M.M.A. Vigilância de violências e acidentes no Brasil. *In*: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J.Q. (org.) **Impactos da Violência na Saúde** [online]. 4. ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Editora FIOCRUZ, 2020, p. 387-403. ISBN: 978-65-5708-094-8. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948-22.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003. Acesso em: 06 nov. 2020.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>>. Acesso em: 21 maio 2022.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], [S. l.], v. 15, suppl 2, p. 3065-3076, 2010. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800011>. Acesso em: 21 maio 2022.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Bullying em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], [S. l.], v. 17, suppl 1, p. 92-105, 2014. ISSN 1980-5497. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/j6xbPNYGsv4c6f9xPZ63w6p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2022.

MARCOLINO, Emanuella de Castro *et al.* O distanciamento social em tempos de Covid-19: uma análise de seus rebatimentos em torno da violência doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], Botucatu, v. 25, Supl. 1, 2021. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.200363>>. Acesso em: 4 jul. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online], Recife, vol.1, n.2, p.91-102, 2001. ISSN 1519 3829. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>. Acesso em: 27 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 10, p. 4267-4276, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004267&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 jun. 2021.

NEUMANN, Zilda Arns. Pastoral da Criança. **Notícias**. UFPEL – Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2010. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/comet/2010/01/26/zilda-arns-2/>. Acesso em 12 jun. 2022.

OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de *et al.* Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], [S. l.], v. 22, n. 5, p. 1553-1564, 2017. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.09802015>>. Acesso em: 21 maio 2022.

OLIVEIRA, N. F. DE *et al.* Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2018438, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Bn7BXPdTchdZzKHt4bZRYnQ/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

OLIVEIRA, Fernanda de; BASTOS, João Luiz; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], [S. l.], v. 37, n. 11, p. e00042320, 2021. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00042320>>. Acesso em: 21 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. Krug, E. G. *et al.* (ed.). Genebra: [s. n.], 2002. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. Núcleo Estudos da Violência (Trad., Org.). São Paulo: [s. n.], 2015. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2020.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura da Paz. **Manual de Orientação: implantação e implementação do Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da saúde e da cultura da paz (Núcleo da Paz) no Paraná**. Curitiba: SESA, 2022. 34 p. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-04/1a_edicao_manual_de_implantacao_nucleos_de_paz_2022.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

PIGOZI, Pamela Lamarca; MACHADO, Ana Lúcia. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], [S. l.], v. 20, n. 11, p. 3509-3522, 2015. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.05292014>>. Acesso em: 21 maio 2022.

PINTO, I. V. *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], [S. l.], v. 23, n. suppl 1, p. 1–13, 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2020.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], [S. l.], v. 23, n. Suppl 01, p. e200009, 2020b. ISSN 1980-5497. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rTt6Gnt7nH59ynfpR3DBWYB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

PLATT, Vanessa Borges; GUEDERT, Jucélia Maria; COELHO, Elza Berger Salema. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 39, p. e2020267, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Ghh9Sq55dJsrg6tsJsHCfTG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2020.

POLIDORO, M.; CUNDA, B. V.; CANAVESE, D. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 195–206, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3118>. Acesso em: 29 out. 2020.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia.** 2. ed. rev. atual. e ampl. – São Paulo: Rêspel, 2003, 256 p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável:** subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, 2015. 250 p. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/publications/acompanhando-agenda-2030>. Acesso em: 06 dez. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Estado. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET – Tabwin - DATASUS – **Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências – Caxias do Sul - 2015 a 2020, 0 a 19 anos.** 2021. Dados extraídos em: 10 nov. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Estado. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET – Tabwin - DATASUS – **Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências – Rio Grande do Sul. 5ª CRS e Caxias do Sul - 2015 a 2020 por faixa etária.** 2022a. Dados extraídos em: 08 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Estado. **5ª Coordenadoria Regional de Saúde -RS.** 2022b. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/5-crs-caxias-do-sul>. Acesso em: 27 ago. 2022.

ROMERO D.E, CUNHA C.B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, mar., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nrYNLflbhd5QmvC85QVFLkn/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SANCHEZ, Raquel Niskier; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde** / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) *et al.*]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: jan. 2020.

UNICEF. United Nations Children’s Fund. **Protecting Children from Violence in the Time of COVID 19:** Disruptions in prevention and response services. New York: UNICEF, 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/protecting-children-from-violence-covid-19-disruptions-in-prevention-and-response-services-2020>. Acesso em: 29 mai. 2022.

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL (UCS). **Perfil socioeconômico de Caxias do Sul.** Caxias do Sul, RS: UCS, 2021, 116 p. Disponível em: <https://caxias.rs.gov.br/servicos/desenvolvimento-economico/perfil-socioeconomico-de-caxias-do-sul>. Acesso em: 19 mar. 2022.

VÉRAS, Mirella Maria Soares *et al.* Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 165–171, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100015>. Acesso em: 10 set. 2020.

WASELFISZ, J. J. (coord.). **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. CEBELA, Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 1. ed. Rio de Janeiro: [s. n.], 2012, 84 p. Disponível em: <https://flacso.org.br/files/2020/03/MapaViolencia2012_Criancas_e_Adolescentes.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A

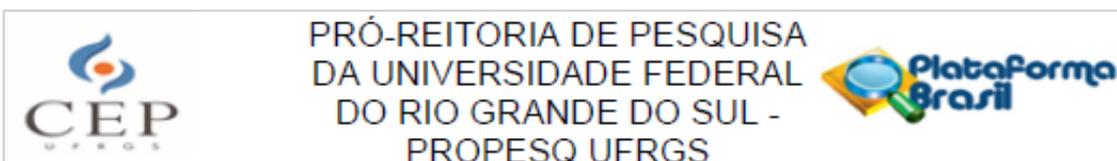
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E
AUTOPROVODADA - SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
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.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09	
	3 Data da notificação				
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora		1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	14 Gestante
	15 Raça/Cor	1-Branca 4-Farda	2-Preta 5-Indígena	3-Amarela 9- Ignorado	
16 Escolaridade		0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	21 Distrito	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)		
	Código	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		
	26 Geo campo 1	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência		
	29 CEP	30 (DDD) Telefone	31 Zona		
	3- Periurbana 9- Ignorado	1- Urbana 2- Rural	32 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	36 Orientação Sexual	3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	37 Identidade de gênero:	3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)	1-Travesti 2-Mulher Transexual			
38 Possui algum tipo de deficiência/transorno?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
		Deficiência Física Deficiência Intelectual	Deficiência visual Deficiência auditiva Transtorno mental Transtorno de comportamento Outras		
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	42 Distrito	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)		
	Código	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		
	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4	49 Ponto de Referência		
	50 Zona	1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52 Local de ocorrência	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	53 Ocorreu outras vezes? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
			54 A lesão foi autoprovocada? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Detensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	
		(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100	
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura	
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	
SVS 15.06.2015			

ANEXO B

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NOS ESPAÇOS RURAIS E URBANOS DE CAXIAS DO SUL, 2014 A 2020: UMA AVALIAÇÃO COM A

Pesquisador: Daniel Canavese de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44796121.2.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.692.813

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão de um projeto de pesquisa de autoria de Eliane Lipreri, sob orientação do Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, junto ao MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (EEnf/UFRGS).

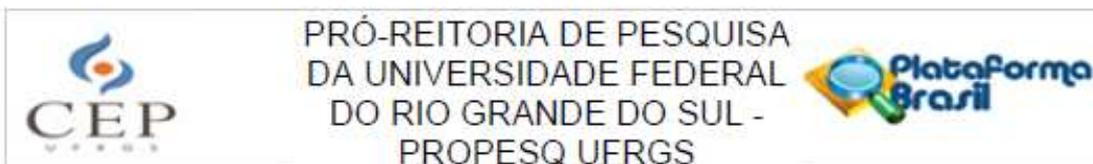
Como indicado no projeto e outros documentos: Pretende-se conhecer e analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes na cidade de Caxias do Sul - RS, além de realizar comparativo

entre as notificações do meio rural e urbano e no contexto da pandemia da Covid-19, e realizar um diagnóstico sobre o preenchimento das notificações, tendo em vista a importância de termos dados fidedignos (quantidade e qualidade) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os quais possam subsidiar políticas públicas voltadas à prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

Metodologia:

- Na etapa quantitativa será realizado um estudo descritivo, analítico e ecológico, com a utilização de dados secundários – notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos do município de Caxias do Sul, no período de 2014 a 2020, utilizando

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.692.813

Investigador	2_versao_VIOLENCIA_INTERPESSOA L E AUTOPROVOCADA 26_04_21.pdf	27/04/2021 00:17:21	ELIANE LIPRERI	Aceito
Declaração de concordância	Carta_Anuencia_SMS_Caxias_do_Sul_ 30_03_21.pdf	25/04/2021 23:58:33	ELIANE LIPRERI	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_DanielCanavese.pdf	22/03/2021 21:32:55	ELIANE LIPRERI	Aceito
Outros	Parecer_Comite_Gestor_SES.pdf	17/03/2021 23:01:43	ELIANE LIPRERI	Aceito
Outros	Temo_de_Autorizacao_Institucional.pdf	17/03/2021 22:59:57	ELIANE LIPRERI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 05 de Maio de 2021

Assinado por:

Patrícia Daniela Melchioris Angst
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE
SAÚDE ESP/SES/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NOS ESPAÇOS RURAIS E URBANOS DE CAXIAS DO SUL, 2014 A 2020: UMA AVALIAÇÃO COM A

Pesquisador: Daniel Canavese de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44796121.2.3001.5312

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.822.812

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do projeto da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), elaborado pela aluna Eliane Lipreri, sob a orientação de Daniel Canavese de Oliveira, onde a SES/RS é a instituição coparticipante.

A pesquisa será realizada no município de Caxias do Sul/RS e desenvolvida em dois momentos, tendo no primeiro uma abordagem quantitativa e no segundo, qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores apresentam como objetivo geral da pesquisa:

"Analisar as notificações de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos espaços urbanos e rurais de Caxias do Sul, de 2014 a 2020."

E como objetivos específicos:

"Analisar a qualidade do preenchimento dos campos da Ficha de Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada em crianças e adolescentes registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de Caxias do Sul, de 2014 a 2020;

Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada em crianças e adolescentes no Município de Caxias do Sul, no período de 2014 a 2020;

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

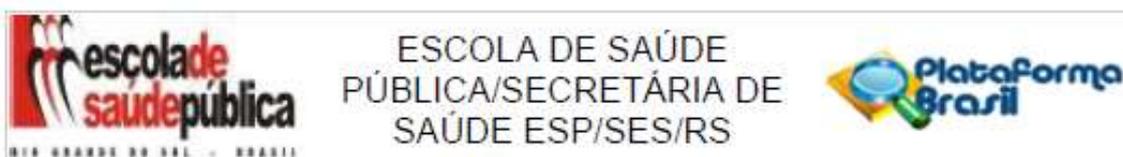
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3001-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.822.812

relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1748870.pdf	08/06/2021 11:22:49		Aceito
Outros	OFICIO_RESPOSTA_PENDENCIAS_4741689_CEP_SES_03_06_21.pdf	06/06/2021 07:30:05	ELIANE LIPRERI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3_VERSAO_TCLE_CEP_SES_03_06_21.pdf	06/06/2021 07:28:10	ELIANE LIPRERI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3_VERSAO_VIOLENCIA_INTERPESSOAL_E_AUTOPROVOCADA_03_06_21.pdf	06/06/2021 07:27:17	ELIANE LIPRERI	Aceito
Outros	Oficio_Resposta_Pendencias_Parecer_Consubstanciado_CEP_4653333.pdf	27/04/2021 00:26:22	ELIANE LIPRERI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2_Versao_TCLE_26_04_21.pdf	27/04/2021 00:21:35	ELIANE LIPRERI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_versao_VIOLENCIA_INTERPESSOAL_E_AUTOPROVOCADA_26_04_21.pdf	27/04/2021 00:17:21	ELIANE LIPRERI	Aceito
Outros	Parecer_Comite_Gestor_SES.pdf	17/03/2021 23:01:43	ELIANE LIPRERI	Aceito
Outros	Temo_de_Autorizacao_Institucional.pdf	17/03/2021 22:59:57	ELIANE LIPRERI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

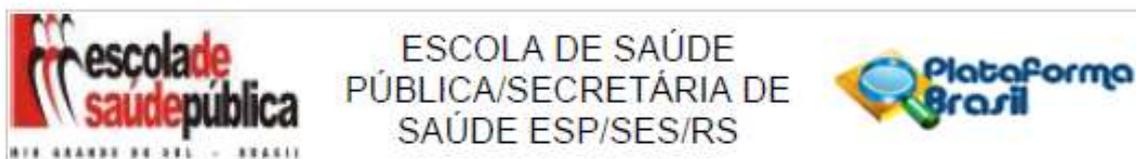
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3001-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



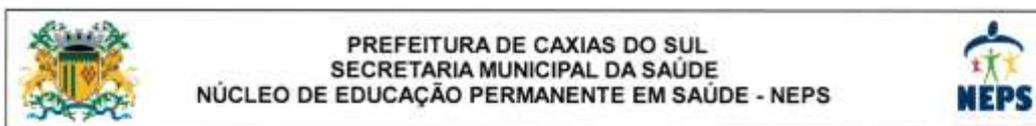
Continuação do Parecer: 4.822.812

PORTO ALEGRE, 02 de Julho de 2021

Assinado por:
Sara Brunetto
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 28.
Bairro: Partenon CEP: 90.610-001
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532 E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

ANEXO C
CARTA DE ANUÊNCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CAXIAS DO SUL - RS



CARTA DE ANUÊNCIA

Título da Pesquisa:	ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NOS ESPAÇOS RURAIS E URBANOS DE CAXIAS DO SUL, 2014 A 2020: UMA AVALIAÇÃO COM A PERSPECTIVA DA COVID-19.
Pesquisador:	ELIANE LIPRERI
Orientador:	PROF. DR. DANIEL CANEVESE DE OLIVEIRA
Curso e Instituição:	MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFRGS.
Nº de Protocolo:	566/2021

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa supracitada, esta Secretaria, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados, manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Além disso, é de **responsabilidade do Pesquisador(a)**:

- 1) Entregar, **obrigatoriamente**, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com a aprovação do Projeto antes da coleta de dados;
- 2) Fornecer uma cópia da conclusão do trabalho à Secretaria Municipal da Saúde;
- 3) Incluir o nome da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul/SMS em possíveis publicações científicas.

Caxias do Sul, 30 de março de 2021.


Eveline Campagnolo Schmith
 Gerente do NEPS


Andressa Moreira Gallo
 Diretora de Gestão, Trabalho e Educação

APÊNDICE A

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS (TCUD)

Nós, Daniel Canavese de Oliveira e Eliane Lipreri, pesquisadores(as) do projeto de pesquisa intitulado “ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NOS ESPAÇOS RURAIS E URBANOS DE CAXIAS DO SUL, 2014 A 2020: UMA AVALIAÇÃO COM A PERSPECTIVA DA COVID-19”, declaramos, para os devidos fins, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Nos comprometemos com a utilização dos dados contidos no base de dados do SINAN, dos registros de violência interpessoal e autoprovocada, de 2015 a 2021, no estado do Rio Grande do Sul da Instituição CEVS/SES-RS que serão manuseados somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP e da instituição detentora sob supervisão de Andrea Volkmer da CEVS/SES-RS.

Nos comprometemos a manter a confidencialidade e sigilo dos dados contidos nos arquivos, bem como a privacidade de seus conteúdos, mantendo a integridade moral e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Também nos comprometemos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa, em que necessitemos coletar informações, será submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos da pesquisa documental serão guardados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, por cinco anos, e depois serão destruídos.

Ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Porto Alegre, 09 de dezembro de 2020.



Prof. Daniel Canavese
SIAPE 1523485
Matricula MFRGS 267911