UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TAMIRES PAULO CECCON

MAPEAMENTO ESPACIAL E FORMULÁRIO DIGITAL DE APOIO À NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA
2024

TAMIRES PAULO CECCON

MAPEAMENTO ESPACIAL E FORMULÁRIO DIGITAL DE APOIO À NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Defesa de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para o título de Mestrado Profissional em Enfermagem.

Linha de pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Profa. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite

VITÓRIA

2024

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

Paulo Ceccon, Tamires, 1997-
P324m Mapeamento espacial e formulário digital de apoio à notificação da violência no Espírito Santo / Tamires Paulo Ceccon. - 2024.
107 p. : il.

Orientadora: Franciéle Marabotti Costa Leite.
Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Violência. 2. SINAN. 3. Epidemiologia. 4. Enfermagem. 5. Produtos para saúde. I. Marabotti Costa Leite, Franciéle. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ata da Sessão de Dissertação Final de Mestrado em Enfermagem da(o) mestranda(o) Tamires Paulo Ceccon

Aos trinta dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e quatro, às quatorze horas, no(a) Auditório Departamento Enfermagem (forma híbrida), foi instalada a sessão pública para julgamento do relatório de Dissertação Final de Mestrado elaborado pela(o) mestranda(o) Tamires Paulo Ceccon, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, matriculada(o) sob número 2022230277, intitulado: "MAPEAMENTO ESPACIAL E FORMULÁRIO DIGITAL DE APOIO À NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO". Após a abertura da sessão, o(a) Prof(ª). Dr(ª). Franciele Marabotti Costa Leite, Orientador(a) e Presidente, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, os(as): Prof(ª). Dr(ª) Luísa Sorio Flor, Membro Titular Externo, Prof(ª). Dr(ª) Fábio Lúcio Tavares, Membro Titular Interno, Prof(ª). Dr(ª) Juliana Rodrigues Tovar Garbin, Membro Suplente Externo e, Prof(ª). Dr(ª) Karina Fardin Fiorotti, Membro Suplente Interno. Foi dada a palavra à autora, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviram-se as apreciações e recomendações dos respectivos membros da banca. A seguir, procedeu-se à arguição e respostas da aluna. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu Aprovar (aprovar/reprovar). A Banca Examinadora elaborou o seguinte parecer: Temática de relevância para enfermagem e saúde pública. Objetivo alcançado com metodologia adequada. Apresenta dois artigos com potencial impacto e publicação. As considerações foram acatadas. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito.

Vitória, 30 de julho de 2024.

Prof(ª). Dr(ª). Franciele Marabotti Costa Leite
Orientador(a) e Presidente

Luísa Sorio Flor
Prof(ª). Dr(ª). Luísa Sorio Flor
Membro Titular Externo

Prof(ª). Dr(ª). Juliana Rodrigues Tovar Garbin
Membro Suplente Externo

Prof(ª). Dr(ª). Fábio Lúcio Tavares
Membro Titular Interno

Prof(ª). Dr(ª). Karina Fardin Fiorotti Membro Suplente Interno

Tamires Paulo Ceccon
Mestrando(a): Tamires Paulo Ceccon

Digitalizado com CamScanner

A Lana, minha parceira de vida.

Ao meu irmão preferido, Tales.

A Creuza e André, que me deram a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, a professora doutora Franciéle, que há mais de oito anos me orienta com sabedoria e paciência nas jornadas acadêmicas, e que me viabilizou oportunidades quando ninguém mais acreditava no meu potencial.

Agradeço aos membros do LAVISA, por me apoiarem em inúmeros projetos, em especial as queridas: Letícia Peisino, Rayanne Gomes, Bruna Venturin, Edleusa Cupertino, Tiffany, Luíza Eduarda, Micael Franco. Às companheiras do PAVÍVIS, que muito me ensinaram: Karina Fiorotti, Alexsandra Entringer e Getúlio Sérgio.

À minha psicóloga, e a toda equipe da Vigilância Epidemiológica de Anchieta, que estiveram comigo por muitos momentos semanais, por me acolherem com amor, paciência e sabedoria. Em especial ao nosso gerente, Carlos Hemílio, por flexibilizar meus horários de trabalho.

Aos meus queridos amigos, por escutarem meus lamentos e comemorarem comigo às vitórias, em especial Cândida Petri, Marciano e Messias Passamani, Tales Ceccon, Tâmara Souza, Camila Monteiro.

À Lana, por me apoiar e dar suporte em todos os momentos, sobretudo durante a construção desta dissertação, com um olhar atencioso sobre a escrita dos dados.

Aos meus pais e às minhas avós. Creuza e André; Maria e Elzani.

CECCON, T.P. **Mapeamento Espacial e Formulário Digital de Apoio à Notificação da Violência no Espírito Santo**. Dissertação. Mestrado Profissional em Enfermagem. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2024.

RESUMO

Introdução: A violência constitui um grave problema social e de saúde, de elevada relevância mundial e nacional, atingindo homens e mulheres de diferentes maneiras e em diversas etapas da vida. Os reflexos da violência são percebidos nos serviços de saúde pelos custos e pela complexidade do atendimento que demandam. **Metodologia**: Estudo epidemiológico observacional do tipo ecológico realizado com os dados das notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação do estado do Espírito Santo, Brasil, entre os anos de 2011 e 2021. Foram analisados os municípios por ano e grupo etário. A **Tecnologia em saúde** desenvolvida foi um Formulário Digital Interativo para orientação dos profissionais de saúde, assistência social e educação acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal/autoprovocada no sistema e-SUS VS. **Resultados**: A taxa média de notificação de violência no Espírito Santo foi de 14,05/10.000 hab. A maior taxa média de notificação foi no grupo de adolescentes (29,02/10.000 hab), seguida de pessoas adultas (16,39/10.000 hab), crianças (10,98/10.000 hab) e os idosos (9,34/10.000 hab). Percebe-se que, a partir de 2012 e até 2019, houve aumento mediano nas taxas de notificação de violência, para todas as faixas etárias em conjunto. Todavia, especificamente para o grupo de 60 anos e mais, nenhuma faixa etária apresentou relação significante com a notificação de violência, deste modo, a taxa de notificação não é influenciada pela idade. O formulário digital interativo foi criado para orientação do profissional de saúde e demais profissionais notificadores acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal/autoprovocada no sistema e-SUS VS. **Conclusão**: O mapeamento das taxas de notificação de violência evidenciado neste estudo, oferece de forma clara a demonstração da distribuição das notificações de violência em cada município, e reforçam a necessidade de investimentos em capacitações e treinamentos acerca na notificação das violências. O formulário digital para apoio aos profissionais notificadores representa uma tecnologia de grande relevância para processo de notificação das violências e colabora no cumprimento das exigências legais relacionadas à notificação das violências.

Descritores: Violência; enfermagem; Sistemas de Informação em Saúde; Vigilância em Saúde; Notificação; Populações Vulneráveis.

CECCON, T.P. **Spatial Mapping and Digital Form to Support the Notification of Violence in Espírito Santo**. Professional Master in Nursing. Federal University of Espírito Santo. 2024.

ABSTRACT

Introduction: Violence is a serious social and health problem, of high global and national relevance, affecting men and women in different ways and at different stages of life. The consequences of violence are perceived in health services by the costs and complexity of care they demand. **Methodology**: Observational epidemiological study of the ecological type carried out with the data of the notifications of the Information System of Diseases and Notification of the state of Espírito Santo, Brazil, between the years 2011 and 2021. The municipalities by year and age group were analyzed. The **Health Technology** developed was an Interactive Digital Form for guidance of health professionals, social assistance and education about the correct completion of the notification forms for interpersonal violence/ self-harm in the e-SUS VS system. **Results**: The average rate of notification of violence in ES was 14.05/10,000 inhab. The highest average rate of notification was in the group of adolescents (29.02/10,000 inhab), followed by adults (16.39/10,000 inhab), children (10.98/10,000 inhab) and the elderly (9.34/10,000 inhab). It is noticed that from 2012 to 2019 there was a median increase in violence notification rates for all age groups together. However, specifically for the group of 60 years and older, no age showed significant relationship with the notification of violence, thus, the notification rate is not influenced by the age. As for the interactive digital form it was created for guidance of health professionals and other notifying professionals, about the correct completion of the notification forms for interpersonal violence/self-harm in the e-SUS VS system. **Conclusion**: The mapping of violence notification rates evidenced in this study, offers a clear demonstration of the distribution of violence notifications in each municipality, and reinforce the need for investments in training and training on the notification of violence. The digital form to support notifying professionals represents a technology of great relevance for the notification process of violence and collaborates in complying with the legal requirements related to the notification of violence.

Descriptors: Violence; nursing; Health Information Systems; Health Surveillance; Notification; Vulnerable Populations.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

DATASUS	Departamento de Informação e Informática do sistema único de saúde
ES	Espírito Santo
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAVISA	Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexual, Sinal de soma +: reconhece as orientações sexuais ilimitadas e identidades de gênero usadas pelos membros dessa comunidade.
MQO	Mínimos quadrados ordinários
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAVÍVIS	Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
SES	Secretarias de Estado de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SMS	Secretaria de Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Apresentação da primeira página do formulário instrutivo 57

Figura 2 Apresentação da definição de violência autoprovocada e interpessoal de acordo com o Instrutivo VIVA (2016) 57

Figura 3 Apresentação sobre o público alvo a ser notificado 58

Figura 4 Opções para dúvidas de acordo com os blocos da ficha de notificação 59

Figura 5 Interface final do formulário 59

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 Distribuição da Taxa média de notificação de violência nos municípios do Espírito Santo, entre 2011 a 2021, segundo grupos vulneráveis, Espírito Santo, 2024 37

Tabela 2 Tendência da incidência das notificações de violência nos municípios do Espírito Santo, entre 2011 a 2021, segundo grupos vulneráveis, Espírito Santo, 2024 40

Gráfico 1 Distribuição das taxas de incidência por 10.000 de notificação de violência entre as faixas etárias para o período de 2011 a 2021 41

Gráfico 2 Distribuição das taxas bayesianas empíricas por 10.000 de notificação de violência entre as faixas etárias para o período de 2011 a 2021 42

Gráfico 3 Distribuição das correlações das taxas de incidência por 10.000 de notificação de violência entre as faixas etárias para o período de 2011 a 2021 42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 REVISÃO DA LITERATURA 12

2.1 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA E SUA MAGNITUDE 12

2.2 GRUPOS VULNERÁVEIS E O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE 18

2.3 POLÍTICAS DE NOTIFICAÇÃO E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE A VIOLÊNCIA 21

2.4 TECNOLOGIA NO PROCESSO DE CUIDADO 23

3 JUSTIFICATIVA 25

4 OBJETIVOS 27

4.1 OBJETIVO GERAL 27

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 27

5 METODOLOGIA 28

5.1 METODOLOGIA DO PRODUTO – TECNOLOGIA EM SAÚDE 29

5.2 ASPECTOS ÉTICOS 31

6 RESULTADOS 32

6.1 ARTIGO 1 32

6.2 ARTIGO 2 52

7 CONCLUSÃO 66

REFERÊNCIAS 67

ANEXOS 78

APÊNDICES 82

1 INTRODUÇÃO

A violência como agravo de saúde pública esteve presente desde o início da minha trajetória acadêmica. A partir do 3º período da graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) iniciei minha participação como membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) e, assim, minha formação começava a ser marcada pelo desenvolvimento de um olhar mais sensível ao fenômeno da violência e ao seu impacto na saúde, fazendo com que eu, ainda na graduação, realizasse a iniciação científica, o trabalho de conclusão de curso, e participasse e organizasse eventos científicos, todos abordando a temática da violência. Fui, ainda, bolsista de projeto de extensão no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVÍVIS) no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM).

Ao me inserir na carreira profissional, atuei em setores que contribuíram na manutenção desse contato muito próximo com o agravo da violência. Por muitas vezes, durante a minha atuação em um pronto socorro infantil, recebia crianças negligenciadas, maltratadas e agredidas por familiares. Do mesmo modo, vivenciando a experiência de enfermeira de maternidade de alto risco, recebia gestantes, parturientes e puérperas com histórico de violência durante a gestação e o puerpério; e até mesmo em um pronto-socorro referência para cardiopatias e câncer, pude observar idosos em situação de violência familiar. Após meu ingresso no Mestrado Profissional em Enfermagem, tive a oportunidade de iniciar ao curso de Especialização em Prevenção às Violências, Promoção da Saúde e Cuidado Integral. Sendo ele o primeiro curso de pós-graduação sobre a temática no estado, ofertado pela UFES.

É fato que a violência constitui um grave problema social e de saúde, presente e dissolvido na sociedade, sendo multifacetado, se revela de diferentes formas, que interagem, se fortalecem e se imprimem nas relações interpessoais (BRASIL, 2005b; REICHENHEIM *et al.*, 2011). Também é fato que grande parte acontece em casa, afetando principalmente mulheres, crianças e idosos (DESLANDES, 2000). Vivenciar o fenômeno da violência pode gerar danos a todas as pessoas envolvidas, sejam eles diretos ou indiretos, nas várias fases da vida. Os reflexos da violência são claramente

percebidos nos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam (BRASIL, 2014).

Hoje, como enfermeira coordenadora da Vigilância Epidemiológica de Anchieta, Espírito Santo (ES), consigo acompanhar e monitorar mais de perto muitos dos casos de violência Interpessoal e Autoprovocada do município, e constato que muitos profissionais de saúde ainda não sabem como identificar, notificar e manejar os casos de violência, fazendo com que muitas situações que passam pelo serviço não sejam notificadas. Nesse contexto, percebo o quanto a violência demanda por discussão para maior compreensão desse agravo.

A notificação das violências é um dos primeiros passos para que medidas possam ser tomadas. Dessa forma, faz-se necessário que tenhamos profissionais qualificados para realizar as notificações de violência nos serviços de saúde e nas escolas e, assim, oportunizarmos as vítimas a inserção na rede de proteção e cuidados para que sejam assistidas no serviço de saúde, somada às redes de segurança pública, assistência social e jurídica.

A Lei estadual nº 11.147 de julho de 2020 define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS) à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde e instituições de ensino e assistência social de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do Estado do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2020b). Isso contribui para que as vítimas sejam inseridas na rede de proteção e cuidados à saúde, tendo em vista que as consequências da exposição à violência produzem impactos físicos, psicológicos, econômicos e sociais (RADA, 2014).

Nesse cenário, os Sistemas de Saúde têm um importante papel no enfrentamento e rompimento do ciclo da violência. Contudo, vêm consumindo grande parte dos seus recursos no cuidado com esses agravos. A notificação dos casos é uma forma de dar ganha visibilidade ao fenômeno da violência, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (MOURA, REICHENHEIM, 2005). Em âmbito municipal, a Secretaria de Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela implementação dessa vigilância, que inclui também digitação, consolidação, análise dos dados, disseminação das informações e envio das bases para as respectivas Secretarias de Estado de Saúde (SES) e posteriormente ao Ministério da Saúde (DESLANDES, 1999).

Dessa forma, constata-se que é inquestionável a importância do preenchimento correto e da qualificação da ficha de notificação compulsória de violência para dar suporte à identificação desse agravo, bem como o seu mapeamento e o dos fatores associados, para que seja possível construir políticas públicas mais eficazes ao enfrentamento da violência.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA E SUA MAGNITUDE

A violência é um fenômeno que está entrelaçado no tecido histórico e sociocultural da humanidade. Dessa maneira, apesar de ser um campo que se encontra sobretudo para além do setor da saúde, seu impacto sobre o bem-estar individual e coletivo torna necessário abordá-la dentro do contexto das ações de cuidado integral em Saúde. A violência adentra o tecido social e se liga a jogos de autoridade, interagindo com normas sociais, sendo permitida ou proibida de forma explícita ou tácita, em síntese, é socio-culturalmente contornada e se espalha integralmente numa perspectiva biopsicossocial (MINAYO, 2005).

Esse fenômeno nos acompanha há tanto tempo, que é possível encontrar referências a ela em praticamente todas as culturas. Isso não implica dizer que é algo natural e nem que se apresenta da mesma forma. É um conceito multifacetado, e com inúmeras formas de aproximação. Originada do radical latino “vis”, que remete à ideia de força e envolve noções de coerção e uso da superioridade física sobre outros (MINAYO, 2005).

A violência é caracterizada pela OMS como um agravo de uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação (KRUG *et al.*, 2002), podendo ser dividida em três categorias distintas: a) violência autodirigida - comportamento suicida e agressão autoinflingida, cometidas contra si próprio; b) violência interpessoal - violência de família e de parceiros íntimos, e violência na comunidade entre indivíduos sem relação parenteral que podem ou não se conhecer; e c) violência coletiva - violência social, política e econômica (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Apesar de ser um fenômeno sócio-histórico, a violência acaba afetando demasiadamente cinco pontos na sociedade em que vivemos. O primeiro é a saúde das pessoas, provocando morte, lesões e traumas físicos e agravos mentais, emocionais e espirituais; o segundo é a diminuição da qualidade de vida das pessoas

e das coletividades; o terceiro é a exigência uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; a quarta é a apresentação de novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e, por fim, evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), do Ministério da Saúde, define violência como as ações humanas que afetam a integridade e a saúde física, moral, mental ou espiritual. Essa mesma política trouxe a inserção oficial do agravo violência à pauta do setor da saúde no Brasil em 2001 (BRASIL, 2005a). Esse fenômeno, independe de classe social, etnia, religião e cultura (FERRAZ *et al.*, 2009). Devido ao seu caráter multifatorial, pode ocorrer em diversos contextos, assumindo múltiplos significados, e vitimizando diversos grupos, (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007) e, em diversos ciclos da vida (SIGNORELLI *et al.*, 2013).

No que tange às naturezas das violências, as lesões autodirigidas ou autoprovocadas podem ocorrer com ou sem intenção suicida. As lesões autoprovocadas com intenção suicida são denominadas “tentativa de suicídio” e ocorrem quando o indivíduo tenta cessar com sua vida, mas sem consumação (KRUG *et al.*, 2002). Por sua vez, a lesão autoprovocada não suicida é definida como a destruição direta e deliberada do próprio tecido corporal na ausência de intenção letal e por razões não estabelecidas socialmente (NOCK *et al.*, 2008).

Estudo que analisou as características relacionadas às lesões autoprovocadas em todos os ciclos em vida de diversas capitais do Brasil evidenciou que mais de 85% dos casos ocorreram na residência da vítima (BAHIA *et al.*, 2017). Já a violência interpessoal pode ser: física; psicológica/moral; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil e intervenção legal, desencadeando diversas consequências a curto, médio e longo prazo a suas vítimas, trazendo discussões cada vez mais frequentes entre a comunidade científica (DAHLBERG; KRUG, 2007; WHO, 2021).

Na categoria de violências coletivas, compreendem-se os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Na esfera social, pode-se incluir os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e crimes de multidões. Já no meio político, a violência coletiva se expressa nas guerras e nos processos de

aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A classificação de violência coletiva contempla também ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação (MINAYO, 2006).

É necessário citar alguns pilares que constituíram, na era moderna, a formação do estado de coisas como conhecemos, especialmente na sociedade ocidental (globalizada a partir da expansão do capitalismo e suas relações) – O patriarcado, a escravização do povo africano e a opressão de classe. Na conjunção dessas três frentes podemos observar os movimentos de diferenciação social e produção de desigualdade. Por patriarcado, podemos entender a perspectiva social que coloca na mão do *pai* o poder e a propriedade, não só dos bens imateriais, mas da produção e da família. Quanto à escravidão do povo negro, é notório o regime de apropriação dos corpos de pessoas negras durante a era moderna e que serviu de sustentação da economia durante centenas de anos. Por fim, quando pensamos a fundação da sociedade capitalista, devemos considerar o que chamamos de classe trabalhadora, pois praticamente tudo que necessitamos passou a ser vendido. A partir desse recorte, podemos pensar digressões que nos levam a perspectiva do ódio de classe, do ódio da pobreza (HIRATA, 2014).

Esses três elementos conjugados produzem e justificam variadas formas de violência. Pensemos nas relações Patriarcado e Violência de Gênero, Ódio de Classe e Violência Policial e o Racismo e a Violência Estrutural. Quando pensamos a formação social brasileira ao longo da história, importante destacar elementos centrais como a presença autoritária de uma classe dominante local, a subordinação ao capital internacional e suas agendas e a influência das elites internacionais na realidade do Brasil.

Essa configuração que fala do surgimento do Brasil como conhecemos é presente na atualidade, e como de costume arregimenta genocídios e violências. A formação patriarcal do Brasil também desempenhou um papel significativo, submetendo as mulheres, especialmente as negras, a um sistema opressivo de dominação masculina e exploração sexual. Diversas populações marginalizadas, incluindo trabalhadores, negros, mulheres, LGBTQIA+, camponeses, retirantes e indígenas, vem sendo oprimidas ao logo de toda história brasileira e mundial. O caminho de superação dos variados contextos de violência estrutural passará inevitavelmente pela consideração radical dessa realidade sócio-histórica, intervindo nessa realidade (MINAYO, 2005; HIRATA, 2014).

Dessa maneira, quando pensamos a partir da perspectiva dos condicionantes e determinantes em saúde, ou seja, elementos do campo social que podem propiciar ou prejudicar o grau de saúde de sujeitos e coletividades, o quadro ora evocado constituiu uma realidade social eivada por injustiças, desigualdades e iniquidades, as quais são elementos reais e visíveis da atual situação social brasileira (MINAYO, 2005).

Grande parte das vítimas de violência no Brasil são mulheres e, para que se entenda a violência contra a mulher, é necessário enxergar sob a perspectiva de gênero, como afirma Minayo, em seu livro Violência e Saúde:

> Gênero diz respeito a relações de poder e à distinção entre características culturais atribuídas a cada um dos sexos e a suas peculiaridades biológicas. As características de gênero se fundam na hierarquia e na desigualdade de lugares sexuados. A violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (MINAYO, 2006, p. 93).

Embora essa violência diga respeito a relações que envolvam homens e mulheres, advém principalmente sobre as pessoas do sexo feminino e institui uma questão de saúde pública, bem como demonstra violação explícita dos direitos humanos (MINAYO, 2006). Dados atualizados de 2018 informam que, na América Latina e no Caribe, 25% das mulheres sofrem ou já sofreram algum tipo de violência física ou sexual ao longo da vida, trazendo destaque para a vitimização de mulheres jovens tendo como agressor o parceiro íntimo. Dessa forma, ações multissetoriais devem ser implementadas devido ao caráter complexo deste agravo, envolvendo também a participação social no processo da superação cultural das desigualdades de gênero (WHO, 2021).

A violência doméstica é uma das mais prevalentes no Brasil e no mundo e corresponde a toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, integridade física, psicológica ou a liberdade e desenvolvimento da outra pessoa, podendo ocorrer tanto dentro quanto fora de casa. A vítima e agressor possuem algum grau de parentesco, conhecimento ou residem no mesmo ambiente, como é o caso de parceiros íntimos, pais, amigos, patrões, o que pode até dificultar a identificação do ato violento, devido às relações de poder exercidas nestes relacionamentos que podem justificar a

violência. Já a violência comunitária define-se como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada através da agressão de pessoas, por atentado à sua integridade, vida ou seus bens e é objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública, sendo muitas vezes mais denunciada (DAHLBERG; KRUG, 2007).

As notificações mostram a magnitude desse agravo. Entre os anos de 2009 e 2017, foram 1.116.331 notificações de violência interpessoal contra grupos vulneráveis no Brasil (SOARES, GUIMARÃES, BONFADA, 2021). Abordando as estimativas de violência entre crianças e adolescentes, estes são o grupo vulnerável com maior número de denúncias registradas no âmbito do Disque 100 em 2019, aproximadamente 55% de seu total. O Disque 100 registrou 86.837 denúncias de violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes em 2019, 14% superior em relação ao ano anterior. As principais violações sofridas por esse grupo são negligência 38%, violência psicológica 23%, física 21%, sexual 11%, institucional 3%, e exploração do trabalho 3%, onde mais da metade dessas violações ocorrem na cada da própria vítima (BRASIL, 2020).

No Espírito Santo, estudo realizado a partir da análise de fichas de notificação entre 2011 e 2018 demonstra que a violência recorrente sofrida pela criança é mais prevalente no sexo feminino e na faixa etária dos 6 aos 9 anos. Ela ocorre sobretudo no lar, espaço privilegiado de convívio na infância, tendo os pais como principais agressores, expondo as vítimas a um ciclo perverso de violência, fonte de traumas e sofrimentos para toda a vida (PEDROSO; LEITE, 2021).

Em relação à violência contra a pessoa idosa, a negligência consiste na violação denunciada mais incidente para o Grupo, em 2019 foram 62.019 registros pelo Disque Direitos Humanos, representando 41% do total de violações registradas para esse grupo. A violência contra a pessoa idosa, assim como nos casos de violência contra a criança, ocorreu na casa da vítima (81%) (BRASIL, 2020b).

Entre as violências contra a pessoa idosa notificadas no Espírito Santo no período de 2011 a 2018, a violência interpessoal representou 85% nas fichas e esteve associada a maiores prevalências em vítimas do sexo feminino, com 80 anos ou mais, de cor preta/parda e sem deficiência/transtorno, com histórico de repetição, com suspeita de uso de álcool, fora da residência, em zonas urbanas e motivada por intolerâncias, sendo a violência física o tipo de agressão notificada de maior prevalência (66%) dentre os demais casos de violência interpessoal (PAMPOLIM *et*

al., 2022; PAMPOLIM; PEDROSA; LEITE, 2023). Contudo, a violência autoprovocada nesse mesmo público representou 15% da amostra e se mostrou mais prevalente em vítimas do sexo masculino, com 60 a 69 anos, de cor branca, com deficiências ou transtornos, na residência, sem histórico de repetição, sem suspeita de uso de álcool, em zonas rurais e sem motivação por intolerâncias (PAMPOLIM *et al.*, 2022).

Outro estudo brasileiro, que avaliou dados do SINAN de 2011 a 2017, encontrou registro de 116.219 notificações de violência contra pessoas com deficiência, correspondendo a 8,1% do total. As pessoas com deficiência mental foram as mais vitimizadas, seguidas pelas pessoas com deficiência intelectual (22,1%) (MELLO *et al.*, 2021). O que se é observa é um aumento na prevalência desse agravo nesse público ao longo dos anos, o que os coloca como população de risco e mais vulnerável à violência, reforçando a necessidade de estudo da temática (BRASIL, 2016).

No Brasil, entre os anos 2015 a 2017, foram registrados 24.564 casos de violências contra a população LGBTQIA+, com tendência a aumento de casos (PINTO *et al*., 2020). No Equador, durante o ano de 2012 foi identificado que 50% da sua população LGBTQIA+ já sofreu violência física e 75% já foi submetida a situações discriminatórias (BOTELLO-PEÑALOZA; GUERRERO-RINCÓN, 2018).

Por sua vez, estudo realizado a partir de notificações efetivadas pelos profissionais de saúde no Espírito Santo demonstra que é grande a incidência violência contra a população LGBTQIA+, sendo a maioria vítimas do sexo feminino, lésbicas, transexuais, com 20 a 59 anos, pretos/pardos, com nove anos ou mais de estudo, sem companheiro e residentes em zona urbana ou periurbana (DUQUE *et al.*, 2023).

Pesquisa realizada entre 2009 e 2017 evidencia que as violências psicológica e sexual destacam-se nas populações feminina e LGBTQIA+ em todo Brasil, sendo o Norte e o Nordeste as regiões brasileiras com maior prevalência de agressão contra mulheres e crianças/adolescentes. Entretanto, na região Centro-Oeste, Sul e Sudeste, as populações LGBTQIA+, deficiente e idosa foram mais atingidas. (SOARES; GUIMARÃES; BONFADA, 2021).

A violência contra a mulher é assídua em nossa sociedade, e habitualmente resulta da desigualdade de gênero. A ocorrência desse agravo faz parte de um sistema sócio-histórico patriarcal que condicionou as mulheres a uma posição hierarquicamente inferior na escala de perfeição social, produzindo uma relação

desigual entre homens e mulheres (OLIVEIRA; FONSECA, 2014). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que, no mundo, aproximadamente uma em cada três mulheres (35,6%) experimentaram violência física ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por outra pessoa em algum momento das suas vidas (GARCÍA-MORENO, 2013; OPAS/OMS, 2017).

Segundo dados do IPEA 2024, em 2022, 3.806 mulheres foram assassinadas no Brasil, dessas, 66,4% eram negras. Enquanto em 2018 o número foi de 4.519 homicídios femininos (CERQUEIRA, *et al.*, 2024). No Espírito Santo, onde foram notificados 27.315 casos de violência contra a mulher no período de 2011 a 2018, 20.449 notificações correspondiam a violência interpessoal contra a mulher (LEITE *et al.*, 2023).

A complexidade do agravo está entre um dos maiores desafios de estudo da violência, independentemente do perfil da vítima. A violência possui inúmeros fatores envolvidos na sua história natural, considerando que o seu surgimento advém de interações de fatores individuais, relacionais, culturais e ambientais, envolvendo o indivíduo e o meio em que ele convive. De todo modo, a discussão da violência no campo da saúde pública vem sendo cada vez mais frequente em todo o mundo, devido à sua amplitude de impacto social e econômico e ao seu caráter complexo (DAHLBERG; KRUG, 2007).

2.2 GRUPOS VULNERÁVEIS E O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE

Nas diferentes dimensões da violência enquanto problema de saúde pública, tendo em vista a sua multiplicidade; apresentando-se como violência contra crianças, adolescentes, a mulher, idosos, em homicídios e agressões, como autoprovocada, no trabalho e no trânsito, podem ser analisadas, destacando-se em cada uma dessas dimensões as suas próprias especificidades. Esses estudos, ao problematizar essas especificidades, permitem seu melhor conhecimento para a formulação de políticas públicas (MINAYO; SOUZA, 2005).

Torna-se demasiadamente marcante a perpetração da violência quando encravado em encadeamentos de vulnerabilidade social. Determinada pela dinâmica do poder, a vulnerabilidade é promovida provocando desigualdades e iniquidades. Nesse contexto, a vulnerabilidade se torna um fator de exposição social inevitável

frente às relações da coletividade, que se apresenta de forma complexa, e que pode ser percebida de diferentes maneiras por diferentes grupos (GILSON, 2016).

As faixas etárias de crianças e idosos são violadas com maior frequência. Tanto crianças quanto idosos requerem cuidados mais expressivos e podem conferir situações de maior estresse aos seus responsáveis, que podem ter dificuldades de compreender as suas limitações (LEGANO *et al.*, 2021; NJAINE; ASSIS; CONSTANTINO, 2007).

Além disso, a criação das crianças através de atos punitivos (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016) e a sensação de incapacidade por idosos podem influenciar na naturalização da violência nesses públicos, reforçando ainda mais a necessidade de discussão e visibilidade para esse agravo de saúde na sociedade (NJAINE; ASSIS; CONSTANTINO, 2007).

Estudos mostram que crianças que foram vítimas de violência têm mais dificuldade de aprendizagem, distúrbios de comportamento como dispersão, fobias e terror noturno, comportamentos autodestrutivos, isolamento social, precoces atitudes erotizadas com interesse por brincadeiras sexuais, dificuldade para fazer amizades, baixa autoestima e depressão (LIMA *et al*. 2005).

Pesquisa identificou alterações nos padrões de comportamento dos adolescentes que sofrem violência doméstica, enfatizando-se a dificuldade em manter relações sociais de forma saudável, aumento nas chances de ter ideação suicida, transtornos de humor e comportamento, de fugir de casa, fazer uso de álcool e outras drogas, de ter baixo rendimento e dificuldade em manter as atividades escolares, de ter uma gravidez indesejada, de não fazer uso de preservativo em suas relações sexuais, de sofrer violência em suas relações afetivas, de aderir a comportamentos violentos e de ter contato com a justiça criminal (LUIS *et al.*, 2022).

A violência contra a população LGBTQIAPN+ é histórica e, em grande parte, motivada por questões dogmáticas religiosas em diversas culturas globais. Está refletida, inclusive, em atos de legislação que imputam o homossexualismo, a diversidade de identidade sexual e de expressão de gênero como crime (SILVA; RONCALLI, 2020).

Além de agravos físicos, a violência e descriminação levam a agravos à saúde mental, como ansiedade, distúrbio de autoimagem, depressão e tentativas de suicídio (MISKOLCI; SIGNORELLI; CANAVESE *et al*., 2022). Estudo publicado em 2019 demonstra casos de evasão escolar que foram causadas por acúmulos de violências

psicológicas, sofridas pela pessoa LGBTQIA+ no ambiente educacional em Cuba, o que leva a redução do nível de escolaridade e menores oportunidades de trabalhos (SUÁREZ; RODRÍGUEZ; DEL RÍO *et al*., 2019).

Em relação à saúde da mulher, inúmeros são os prejuízos para as mulheres que sofrem violência. Dentre eles, é possível citar que mulheres vitimizadas física ou sexualmente por seus companheiros, por exemplo, estão mais vulneráveis à não realização do exame de Papanicolau e, consequentemente, têm menos oportunidades de detecção precoce do câncer de colo do útero (LEITE *et al*., 2018). Mulheres expostas à violência ao longo da vida também possuem maiores prevalências de abortamento (LEITE; PAIVA; PAMPOLIM *et al*. 2021).

Outro estudo realizado no Espírito Santo apontou o uso de medicamento indutor do sono duas vezes mais prevalente entre mulheres com histórico de violência (LEITE *et al*., 2022). Ainda, durante a violência, a região do corpo mais atingida é a face, evidenciando a relação de desigualdade de gênero e poder, baseada na humilhação, se tratando de uma ameaça ao local que representa a identidade pessoal (CECCON *et al.*, 2021).

Estudo de revisão demonstrou que a violência durante a gravidez pode ser responsável por diversos desfechos negativos para a saúde da mulher, com reflexos à criança e à família. Dentre os danos estão impactos na saúde mental (sintomas depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, ideação suicida e ansiedade), danos na saúde gineco-obstétrica (parto prematuro, interrupção precoce da amamentação exclusiva, gravidez não planejada, abortamento, pré-natal tardio e sangramento vaginal), impacto comportamental (continuação do uso de tabaco na gestação) e risco de morte (maior chance de feminicídio) (BULERIANO *et al.*, 2022).

Além disso, nota-se maiores prevalências de sintomas depressivos pós-parto entre mulheres que vivenciaram alguma situação de violência sexual antes dos 15 anos de idade, violência por parceiro ao longo da vida ou violência por parceiro íntimo na gestação (SANTOS *et al*., 2021).

Diante do exposto, ações governamentais são imprescindíveis para a prevenção dessa prática de violência que pode ser evitada. Para isso, é necessário que esse agravo continue sendo reconhecido e passe a ser enfrentado pelos diversos órgãos públicos de saúde, justiça criminal, economia e assistência social, dentre outros (WHO, 2021).

2.3 POLÍTICAS DE NOTIFICAÇÃO E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE A VIOLÊNCIA

A preocupação com a identificação da violência vem se tornando cada vez mais constante no setor da saúde. Em 2011, a portaria nº 104 do Ministério da Saúde trouxe o caráter obrigatório para as notificações de casos suspeitos e confirmados de violência nos serviços de saúde para grupos específicos que são mais vulneráveis ao agravo, incluindo: mulheres, crianças, idosos, população indígena, LGBTQIA+ e pessoas com deficiência. Com isso, nota-se o aumento da visibilidade desse agravo e das violências autoprovocadas e interpessoais que começam a ser alvo de estudos na área da saúde (BRASIL, 2011).

Dentro da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) são incorporadas as ações que devem ser realizadas dentro do SUS, incluindo, além das questões assistenciais, as ações da vigilância em saúde, de suma importância para o manejo de casos e controle de doenças e agravos de saúde. Dentro da vigilância existem as vigilâncias epidemiológica, sanitária e na saúde do trabalhador, todas atuando em diversos campos de atuação buscando sempre a prevenção, controle e detecção de mudanças em condicionantes de saúde individual e coletiva (BRASIL, 2010a).

A ficha de notificação deve estar disponível nos serviços de saúde e os profissionais devem ser capacitados quanto ao seu preenchimento. Para auxiliar esse processo, o Ministério da Saúde criou um instrutivo que faz um compilado de todas as informações necessárias e importantes para quem utiliza essa ferramenta, podendo assim ser consultada toda a vez que o profissional possuir dúvidas no processo da notificação (BRASIL, 2016).

A notificação de doenças e agravos de saúde é uma importante ferramenta que auxilia os profissionais a de fato realizarem a vigilância dos casos e buscar traçar estratégias mais efetivas de resolução dos problemas apresentados (BRASIL, 2010a). Como já mencionado, foi através da portaria nº 104 do Ministério da Saúde de 2011 que a violência passou a ter maior visibilidade no campo da saúde por meio da obrigatoriedade da notificação (BRASIL, 2011).

A realização da notificação pelos profissionais de saúde fomenta dados públicos e auxilia a tomada de decisões dos gestores que conseguem compreender a realidade de forma mais fidedigna. Entretanto, é necessário que esses profissionais

tenham conhecimento da importância de se notificar e compreender minimamente o agravo que estão notificando para evitar confusão na coleta dos dados (BRASIL, 2010a).

O que se identifica na literatura é a dificuldade dos profissionais em notificar. Estudo junto a trabalhadores de saúde do Pará questionando quanto ao atendimento de vítimas de violência identificou que apenas 31,03% afirmaram ter conhecimento sobre a ficha de notificação, 86,11% nunca haviam a utilizado e 45,83% não sabiam se a ficha estaria disponível no serviço onde trabalhavam (VELOSO; MAGALHÃES; CABRAL, 2017).

Essas dificuldades reverberam a possibilidade de subnotificação. A subnotificação é o fenômeno caracterizado pela subestimação ou subregistro de casos de determinada condição, evento ou fenômeno em sistemas de vigilância ou registros oficiais (GAWRYSZEWSKI; MONTEIRO, 1996).

Em se tratando de violência, a subnotificação pode ser atribuída a uma série de fatores complexos e interconectados. Estudos têm identificado diversas razões que contribuem para essa subnotificação, incluindo o medo de retaliação por parte do agressor, a vergonha ou estigma associados à experiência de violência, a falta de confiança nas instituições de justiça e apoio, e as barreiras estruturais e culturais que dificultam o acesso aos serviços de denúncia e suporte (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2006; KRUG *et al.*, 2002).

Além disso, a subnotificação também pode ser influenciada por questões relacionadas à definição e percepção da violência em diferentes contextos culturais e sociais, bem como pela falta de conscientização sobre os direitos das vítimas e os recursos disponíveis (WHO, 2010). Esses fatores combinados criam um ambiente no qual muitos casos de violência permanecem invisíveis e não recebem a atenção e a intervenção necessárias para proteger e apoiar as vítimas.

Ao se realizar uma análise das completudes de fichas de notificações em Manaus, estudo apontou mais de 80,0% das situações classificadas como de boa completude. Entretanto, entre os campos de preenchimento não obrigatório, como a raça/cor da pele, a deficiência/transtorno, a reincidência, a suspeita de uso de álcool, o local e a hora da ocorrência representaram dificuldades quanto a sua qualidade, levantando a necessidade de discussão com os profissionais de saúde sobre a necessidade de notificar e pensar em estratégias junto à gestão que possam estimular

a notificação correta dos casos e garantir treinamentos e atualizações constantes (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Dessa forma, a elaboração de estudos que possam auxiliar os profissionais a notificar nos diversos serviços de saúde são de extrema importância. É preciso conscientizar os serviços sobre a necessidade de acolhimento e identificação dos casos, bem como de registrar tais ações para que seja criado o planejamento de prevenção e controle no âmbito gestor desse importante agravo de saúde. O que se observa, ainda, é a grande subnotificação de casos de violência contra pessoa com deficiência tanto pela dificuldade de conceituar quem tem deficiência como a invisibilidade da vítima, que muitas vezes é exposta e não possui condições para realizar a denúncia (CERQUEIRA *et al.*, 2021).

Para efetividade das ações da saúde pública na prevenção da violência, se torna necessário à elaboração de estratégias e intervenções em âmbito universal, considerando a conscientização de grupos e população geral sobre o agravo; e em nível selecionado, tratando-se de abordagens direcionadas a pessoas de alto risco a exposição ao ato violento como é o caso dos grupos vulneráveis. Por fim, intervenções indicadas que acolham pessoas que já demonstraram comportamento violento, priorizando o tratamento destes indivíduos potencialmente agressores (DALHBERG; KHUG, 2007).

Os profissionais de saúde podem atuar como protagonistas no processo de identificação dos casos e proteção dessas vítimas que, muitas vezes, se mantêm silenciadas. A saúde pública tem, como um dos seus objetivos, o estudo dos fatores relacionais à violência para que se promovam ações de prevenção efetivas. Para isso, é necessário que o estudo vá além do olhar da saúde considerando a complexidade da violência, mas que leve em consideração a rigorosidade de uma pesquisa buscando almejar resultados satisfatórios (DALHBERG; KRUG, 2007).

2.4 TECNOLOGIA NO PROCESSO DE CUIDADO

Os processos tecnológicos ampliam-se a cada ano ao redor do mundo, inovando inúmeras áreas de conhecimento, incluindo o âmbito da saúde. A anexação e o desenvolvimento de tecnologias por meio do SUS concedem importante melhoria para a implementação de políticas que visam ampliar e aprimorar as tecnologias nas

práticas assistenciais, gerenciais e educacionais (MOURA *et al.* 2016). Entretanto, o reconhecimento de tecnologia no campo da saúde não se restringe à presença de máquinas e equipamentos de ponta. Ela se estrutura também como aplicação prática de conhecimentos, métodos ou formas de fazer saúde (SHARMA *et al.* 2018).

Os avanços tecnológicos têm contribuído para facilitar e auxiliar as ações diárias de enfermagem, e podem ser utilizados em diferentes contextos, tanto assistenciais quanto educacionais (SABINO *et al.*, 2016). O uso da tecnologia em saúde ainda pode propiciar o desenvolvimento de habilidades cognitivas e psicomotoras para estudantes de enfermagem, com valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas com a organização do processo de trabalho a fim de formar profissionais com uma visão integral e holística do cuidado (MILLÃO *et al.*, 2017).

Considerando a temporalidade da chamada “Infoera”, era da informação em que vivemos desde o início do século XXI, a tecnologia da informação para orientações se tornou uma parte espontânea da vida das pessoas (REZENDE; ABREU, 2000). Em meio às inúmeras formas de divulgação e compartilhamento de informações utilizadas atualmente, destaca-se as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) (BRASIL, 2016). O uso das TIC em apoio a saúde e a áreas relacionadas à saúde, incluindo serviços, vigilância, literatura, educação, conhecimento e pesquisa, foi definido como sendo eSaúde (eHealth) pela OMS em 2005 (WHO, 2005).

Nesse cenário, utilizar a tecnologia em saúde como ferramenta de suporte para preenchimento de dados e gestão de informações pode ser uma alternativa de substituição dos tradicionais formulários em papel por versões eletrônicas acessíveis por dispositivos como smartphones, tablets e computadores, proporcionando coleta de dados mais rápida, precisa e segura (KELLEY, 2011). Além disso, os formulários digitais permitem a integração com sistemas de saúde eletrônicos, possibilitando o compartilhamento de informações entre diferentes profissionais e serviços de saúde, o que contribui para uma assistência mais coordenada e eficiente (TUBAISHAT, 2017).

3 JUSTIFICATIVA

Os Sistemas de Saúde têm um importante papel no enfrentamento e rompimento do ciclo da violência. Contudo, as consequências da violência, dentre outros aspectos, infligem altos gastos com estruturas pré-hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos muito mais custosos que a maioria dos demais atendimentos à saúde convencionais (MINAYO, 2006; MOURA; REICHENHEIM, 2005). O profissional de enfermagem, na maior parte das vezes, é o primeiro contato com o paciente nos serviços e se insere de forma atuante na identificação de casos de violência (CARDOSO, 2021).

Os estudos sobre violência realizados em caráter local, são importantes para entender e abordar o problema da violência nos âmbitos regional e local. Esses estudos fornecem informações valiosas sobre a natureza, a extensão e as causas da violência em determinada área geográfica. Eles também ajudam a identificar grupos de alto risco, padrões de comportamento violento e fatores de risco específicos associados à violência, podendo fornecer dados que são essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes de prevenção e intervenção, e ajudando a informar programas e serviços específicos voltados para vítimas de violência. Ao entender as necessidades e experiências das vítimas em uma área específica, é possível desenvolver serviços de apoio adequados e acessíveis que atendam às suas necessidades (MINAYO; SOUZA, 2005).

Os órgãos públicos demonstram que as populações mais vulneráveis também são as mais suscetíveis a exposição à violência, como é o caso das mulheres, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBTQIA+. A saúde pública necessita de estratégias mais afirmativas para minimizar os impactos da violência para as populações. Mapear o rastro da violência no Espírito Santo é, além de identificar e representar a disposição dos tipos violência espacialmente ao longo dos anos, garantir que os municípios possam ficar atentos à sua realidade, capacitando profissionais, qualificando serviços, identificando sinais e sintomas e criando estratégias para prevenir que o ato violento aconteça, dando voz vítimas, e as inserindo na rede de cuidados.

Considerando que portaria nº 104 de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) trouxe o caráter obrigatório para as notificações de casos suspeitos e

confirmados de violência nos serviços de saúde; e que a Lei estadual 11.147 de 2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020b), juntamente com a portaria nº 72-R de 2022 (ESPÍRITO SANTO, 2020a), que dispuseram sobre a obrigatoriedade da notificação das violências por todas as instituições de saúde, educação, assistência social e conselho tutelar no Espírito Santo.

Para a notificação compulsória no estado, a partir de 2020, utiliza-se o Sistema de Informação em Saúde e-SUS VS como o único Sistema Oficial, segundo a Portaria Nº 001-R de 03 de Janeiro de 2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020c), é de extrema importância que se tenha uma representação gráfica da produção das taxas de notificação de violência interpessoal e autoprovocadas nos municípios do Espírito Santo, bem como um **Formulário Digital** para orientação do profissional de saúde e demais profissionais notificadores, acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal/autoprovocada no sistema e-SUS VS, visando qualificar os dados inseridos nas fichas de notificação de violências, dando suporte a esses profissionais, para que haja inserção das vítimas na rede de cuidados através da notificação.

Ter um **Formulário Digital** disponibilizado a todo momento nos dispositivos móveis dos profissionais notificadores, que ensine e oriente o preenchimento correto da notificação compulsória para violência, considerando o sistema de notificação e-SUS VS, pode beneficiar todos os profissionais de saúde, de educação, de assistência social e conselheiros tutelares, bem como contribuir para inserção das vítimas na rede de cuidados à saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar o mapeamento espacial das notificações de violência no Espírito Santo e um Formulário Digital de apoio à notificação da Violência.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever espacialmente as taxas de violência notificadas nos municípios do Espírito Santo, segundo ciclo de vida e ano.

- Desenvolver um Formulário digital para orientação dos profissionais de saúde e demais notificadores acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal ou autoprovocada no sistema e-SUS VS.

5 METODOLOGIA

Este é um estudo epidemiológico observacional do tipo ecológico de caráter descritivo, realizado com os dados de notificações de violências, referentes ao estado do Espírito Santo, registrados na base federal por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) entre os anos de 2011 e 2021. Os dados são públicos e estão disponíveis na plataforma do Departamento de Informação e Informática do sistema único de saúde (DATASUS), que pode ser acessada através do endereço eletrônico http://tabnet.datasus.gov.br.

O Espírito Santo é um estado do Sudeste com 78 municípios, área territorial de 46.074.448 km^2, população estimada de 4.108.508 segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), densidade demográfica de 76,25 habitantes/km^2, índice de desenvolvimento humano de 0,740 (IBGE, 2022).

A base cartográfica e as malhas utilizadas foram disponibilizadas pelo IBGE. As unidades de análise foram os municípios do ES (ANEXO B). Os dados de violência interpessoal e autoprovocada foram os casos notificados pelos municípios do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2021 e disponibilizados através da plataforma DATASUS. Foram utilizados os registros completos que possuem a informação do município de residência e idade da vítima.

A variável dependente foi a taxa de notificação por município do ES, que foram apresentados de forma geral e conforme o ciclo e o ano da notificação.

Os programas utilizados nas análises foram o IBM SPSS Statistics version 24, STATA versão 14.0 e o TerraView versão 4.2.2. A caracterização dos dados foi realizada através da frequência observada, porcentagem, mínimo, máximo, medidas de tendência central e de variabilidade.

A regressão quantílica simples com erro padrão robusto relacionou as taxas[1] de notificação de violência entre os anos para cada faixa etária e no total das mesmas. As vantagens dessa regressão apontadas por Koenker e Bassett (1978) são as seguintes, é requerida quando a distribuição não é gaussiana (normal), é robusta a *outliers* e quando os resíduos não são normais e/ou não homocedásticos produzem estimadores mais eficientes do que os da regressão por mínimos quadrados

[1] (Ocorrência de notificação de violência de qualquer tipo/população de 2011 a 2021) x 10.000.

ordinários (MQO) e é mais informativa não só ficando restrita a uma média, pois pode-se obter a regressão pela mediana.

Para as técnicas de análise espacial foram calculadas as taxas de notificação de violência por 10.000, taxa suavizada bayesiana que leva em consideração algumas informações especiais como a área de cada município e os indicadores de dependência espacial local de Moran (li) que é uma medida que avalia a autocorrelação das taxas no mapa, avaliando assim, a relação de semelhança entre as taxas de um local para outro. A malha geográfica do Espírito Santo (Shapefile) utilizada está disponível no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE.http://mapas.ibge.gov.br/bases-e-referenciais/bases-cartograficas/malhas-digitais.html, com acesso em 03/04/2024), onde através desta foi possível realizar mapas temáticos.

Para o cálculo da taxa média de notificação de violência de cada município foi considerado a média do número de casos de 2011 a 2021, dividido pela média da população desse mesmo período. As taxas de cada município foram colocadas em ordem crescente e divididas em tercil para formar três categorias: baixo em notificação (até 33,33%), médio em notificação (de 33,34% a 66,67%) e alto em notificação (acima de 66,67%). Em seguida, tirou-se a média dessas taxas municipais e cada localidade foi incluída dentro de uma das três categorias, sendo possível comparar o município com ele mesmo e vendo se, ao longo de 10 anos, ele se enquadra como alto, médio ou alto em notificação. O nível alfa de significância utilizado em todas as análises foi de 5%.

5.1 METODOLOGIA DO PRODUTO – TECNOLOGIA EM SAÚDE

Como produto desta pesquisa, foi desenvolvido um Formulário digital para orientação do profissional de saúde e demais profissionais notificadores, acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal ou autoprovocada no sistema e-SUS VS, visando qualificar os dados inseridos nas fichas de notificação de violências, dando suporte a esses profissionais, para que haja inserção das vítimas na rede de cuidados através da notificação.

O formulário foi criado a fim de facilitar o preenchimento da ficha de notificação e, consequentemente, contribuir com a qualidade dos dados registrados. Além disso, com a notificação dos casos de violência à autoridade de saúde, oportuniza-se a inserção das vítimas na rede de cuidados e proteção.

Importante destacar que um formulário para orientação aos profissionais de saúde é projetado para fornecer diretrizes, instruções ou informações relevantes sobre procedimentos, protocolos ou práticas clínicas específicas. Esse tipo de formulário é frequentemente utilizado em diversos aspectos do cuidado ao paciente.

Um formulário digital é uma versão eletrônica de um formulário tradicional em papel. Estudo como o de Valêncio *et al.* (2022) ressalta a importância da utilização de formulários orientativos na padronização de práticas clínicas e na promoção de uma assistência de saúde de qualidade e segura.

Para o desenvolvimento da tecnologia em saúde, foram consideradas 5 etapas. A primeira etapa foi a seleção do conteúdo, onde foi utilizado o manual instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Ministério da Saúde (VIVA). A segunda etapa consistiu na seleção da plataforma digital, onde foi iniciada a construção do Formulário através do Google Forms, com atributos de gerenciamento do diálogo e comunicação textual.

Na terceira etapa se deu a roteirização e criação de uma sequência estrutural do diálogo da conversação usuário-formulário vinculando cada orientação de acordo com as respostas do usuário. Nessa etapa, o formulário foi dividido em 24 sessões contendo opções para dúvidas e questionamentos dentro de cada uma delas, onde cada resposta é vinculada a uma orientação específica. As sessões de 1 a 4 contêm informações iniciais e esclarecimentos acerca do formulário e das notificações. A sessão de número 5, é a sessão definidora para indicar sobre a região da ficha onde o notificador possui dúvidas ou necessita de orientações. Essas dúvidas e orientações podem ser selecionadas entre: Dados Gerais e/ou Notificação Individual; Dados de Residência; Dados da Pessoa Atendida; Dados da Ocorrência; Dados da Violência; Violência Sexual, Dados do(a) Provável Autor(a) da Violência; Encaminhamento e Dados Finais; e Considerações Finais. As orientações sobre cada uma das opções definidoras descritas acima estão presentes do decorrer das sessões entre a 6ª e a 24ª.

A quarta etapa consistiu na inserção de elementos que mimetizam a conversação humana, coerência semântica, exatidão do conteúdo, adequação da estrutura do diálogo em função da cordialidade e fluidez.

Na quinta e última etapa, deu-se a testagem do formulário pelo LAVISA da UFES e adequação das orientações programadas, a partir das considerações realizadas por seus membros.

O Formulário pode ser acessado por meio de um link por qualquer dispositivo móvel ou computador. O link leva o usuário à interface direta do Formulário. Por se tratar de um produto obtido a partir de uma plataforma Google, não é necessário registro de software. A tecnologia está disponível para todas as pessoas como produto dessa universidade (APÊNDICE 1), além de estar fixada no site oficial da Prefeitura de Anchieta-ES, dentro do Portal da Saúde, na página da Vigilância Epidemiológica, para uso dos profissionais notificadores do município.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada com dados públicos disponibilizados pelas bases nacionais do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As normas e diretrizes das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde foram observadas.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1

MAPEAMENTO ESPACIAL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO EM DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS VULNERÁVEIS

Autores: Tamires Paulo Ceccon, Franciéle Marabotti Costa Leite.

Revista: Epidemiologia e Serviços de Saúde

RESUMO

Introdução: A violência é um fenômeno que está entrelaçado no tecido histórico e sociocultural da humanidade. A preocupação com sua identificação vem se tornando cada vez mais constante no setor saúde que trouxe, desde 2011, em âmbito nacional e em caráter obrigatório, sua notificação em casos suspeitos e confirmados de violência nos serviços de saúde. Objetivo: analisar as taxas e o mapeamento das violências notificadas nos municípios do Espírito Santo em diferentes grupos etários vulneráveis. Metodologia: Estudo epidemiológico observacional do tipo ecológico de caráter descritivo, realizado com os dados de notificações de violências, referentes ao estado do Espírito Santo, registrados na base federal por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação entre os anos de 2011 e 2021. A base cartográfica e as malhas utilizadas foram disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As unidades de análise escolhidas foram os municípios do Espírito Santo. Os dados de violência foram do tipo interpessoal e autoprovocada. Foram utilizados os registros com informação do município de residência e idade da vítima (0 a 9 anos, 10 a 19 anos e 60 e mais). Os programas utilizados nas análises foram o IBM SPSS *Statistics version* 24, STATA versão 14.0 e o TerraView versão 4.2.2. Resultados: A taxa média de notificação de violência no estado foi de 14,05/10.000 hab. Quanto às taxas de notificação de violência interpessoal e autoprovocadas específicas por idade, a maior taxa média de notificação foi no grupo de adolescentes (29,02/10.000 hab), seguida de pessoas adultas (16,39/10.000 hab), crianças (10,98/10.000 hab) e idosos (9,34/10.000 hab). Quanto à tendencia de notificações, percebe-se que, a partir de 2012 até 2019, houve aumento mediano nas taxas de notificação de violência para todas as faixas etárias em conjunto. Todavia, especificamente para o grupo de 60 anos e mais, nenhum ano apresentou relação significante com a notificação de violência, deste modo, a taxa de notificação não é influenciada pela faixa etária. Conclusão: Ao longo dos anos, houve aumento da taxa de notificação de violência com importante diferença entre os grupos etários, o que corrobora a importância de que se estude as notificações segundo grupos e ciclo de vida. Os idosos se apresentam como grupo mais vulnerável à subnotificação, bem como verifica-se as diferenças entre as taxas de notificação nos municípios segundo os grupos etários, evidenciando a complexidade do fenômeno da violência e da importância de análises específicas.

Descritores: Violência. Epidemiologia. Sistemas de Informação. Análise espacial.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno que está entrelaçado no tecido histórico e sociocultural da humanidade. Apesar de ser um campo que se encontra para além do setor saúde, seu impacto sobre o bem-estar individual e coletivo faz com que seja necessário abordá-la nas ações de cuidado integral em Saúde. A violência adentra o tecido social e se liga a jogos de autoridade, interagindo com normas sociais, sendo permitida ou proibida de forma explícita ou tácita. Em síntese, a violência é socio-culturalmente contornada e se espalha integralmente numa perspectiva biopsicossocial (MINAYO, 2005).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), do Ministério da Saúde, define violência como as ações humanas que afetam a integridade e a saúde física, moral, mental ou espiritual. Essa mesma política trouxe a inserção oficial do agravo violência na pauta do setor saúde no Brasil em 2001 (BRASIL, 2005a). Esse fenômeno, independe da classe social, etnia, religião e cultura (FERRAZ *et al.*, 2009), devido ao seu caráter multifatorial, pode ocorrer em diversos contextos, assumindo múltiplos significados, e vitimizando diversos grupos (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007) e em diversos ciclos da vida (SIGNORELLI *et al.*, 2013).

No que tange às naturezas das violências, as lesões autodirigidas ou autoprovocadas podem ocorrer com ou sem intenção suicida. As lesões autoprovocadas com intenção suicida são denominadas “tentativa de suicídio” e ocorrem quando o indivíduo tenta cessar com sua vida, mas sem consumação (KRUG *et al.*, 2002). Por sua vez, a lesão autoprovocada não suicida é definida como a destruição direta e deliberada do próprio tecido corporal na ausência de intenção letal e por razões não estabelecidas socialmente (NOCK *et al.*, 2008). Já a violência interpessoal pode ser: física; psicológica/moral; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil e intervenção legal, desencadeando diversas consequências a curto, médio e longo prazo a suas vítimas, trazendo discussões cada vez mais frequentes entre a comunidade científica (DAHLBERG; KRUG, 2007; WHO, 2021).

Os estudos sobre violência realizados em caráter local são importantes para entender e abordar o problema da violência nos âmbitos regional e local. Eles fornecem informações valiosas sobre a natureza, a extensão e as causas da violência em determinada área geográfica, além de auxiliar na identificação de grupos de alto risco, padrões de comportamento violento e fatores de risco específicos associados à violência, podendo fornecer dados que são essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes de prevenção e intervenção, ajudando a informar programas e serviços específicos voltados para vítimas de violência. (MINAYO; SOUZA, 2005).

É importante destacar que a preocupação com a identificação da violência vem se tornando cada vez mais constante no setor da saúde que, em 2011, através da portaria nº 104 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) trouxe o caráter obrigatório para as notificações de casos suspeitos e confirmados de violência nos serviços de saúde para grupos específicos que são mais vulneráveis ao agravo, incluindo: mulheres, crianças, idosos, população indígena, LGBTQI+ e pessoas com deficiência. Com isso, nota-se o aumento da visibilidade deste agravo e das violências autoprovocadas e interpessoais que começam a ser alvo de estudos na área da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a violência está incluída na listagem de agravos de notificação compulsória por meio da portaria GM/MS Nº 420 (BRASIL, 2022). A Secretaria de estado de Saúde do Estado do Espírito Santo define a listagem de agravos de notificação compulsória estadual através da portaria Nº 115-R, de 04 de agosto de 2022, cujo a violência também está incluída. A Lei estadual nº 11.147 de julho de 2020 define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde, e instituições de ensino e assistência social, de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do Estado do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2020b).

A notificação de casos de violência permite a criação de um banco de dados abrangentes que pode ser utilizado para monitorar tendências e padrões de violência. Esses dados são fundamentais para o planejamento e a implementação de políticas públicas eficazes, além de propor estratégias de prevenção e intervenção mais direcionadas, baseadas em evidências concretas, além de facilitar a implementação

de programas de prevenção e intervenção precoce, permitindo que as vítimas recebam o cuidado e o suporte necessários (BRASIL, 2022).

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo analisar as taxas e o mapeamento das violências notificadas nos municípios do Espírito Santo em diferentes grupos etários vulneráveis.

MÉTODO

Estudo epidemiológico observacional do tipo ecológico de caráter descritivo, realizado com os dados de notificações de violências, referentes ao estado do Espírito Santo, registrados na base federal por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) entre os anos de 2011 e 2021. Os dados são públicos e estão disponíveis na plataforma DATASUS, que pode ser acessada através do endereço eletrônico http://tabnet.datasus.gov.br.

O Espírito Santo (ES) é um estado do Sudeste com 78 municípios, área territorial de 46.074.448 km^2, população estimada de 4.108.508 segundo projeção do IBGE, densidade demográfica de 76,25 habitantes/km^2, índice de desenvolvimento humano de 0,740 (IBGE, 2022).

A base cartográfica e as malhas utilizadas foram disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As unidades de análise escolhidas foram os municípios do ES. Os dados de violência foram do tipo interpessoal e autoprovocada notificados pelos municípios do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2021. Foram utilizados os registros que possuem a informação do município de residência e idade da vítima (0 a 9 anos, 10 a 19 anos e 60 e mais).

A variável em estudo foi a taxa de notificação por município do ES, de acordo com o ciclo de vida (0 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 59 anos e 60 e mais) e o ano da notificação.

Os programas utilizados nas análises foram o IBM SPSS Statistics version 24, STATA versão 14.0 e o TerraView versão 4.2.2. A caracterização dos dados foi realizada através da frequência observada, porcentagem, mínimo, máximo, medidas de tendência central e de variabilidade.

A regressão quantílica simples com erro padrão robusto relacionou as taxas de notificação de violência entre os anos em estudo (Ocorrência de notificação de violência/população de 2011 a 2021) x 10.000). As vantagens desta regressão

apontadas por Koenker e Bassett (1978) são: É requerida quando a distribuição não é gaussiana (normal), é robusta a *outliers* e quando os resíduos não são normais e/ou não homocedásticos produzem estimadores mais eficientes do que os da regressão por mínimos quadrados ordinários (MQO) e é mais informativa não só ficando restrita a uma média, pois pode-se obter a regressão pela mediana.

Para as técnicas de análise espacial foram calculadas as taxas de notificação de violência por 10.000, taxa suavizada bayesiana que leva em consideração algumas informações especiais como a área de cada município e os indicadores de dependência espacial local de Moran (li) que é uma medida que avalia a autocorrelação das taxas no mapa, avaliando assim, a relação de semelhança entre as taxas de um local para outro. Conforme mencionado, a malha geográfica do Espírito Santo (Shapefile) utilizada está disponível no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE.http://mapas.ibge.gov.br/bases-e-referenciais/bases-cartograficas/malhas-digitais.html, com acesso em 03/04/2024), onde através desta foi possível realizar mapas temáticos.

Para o cálculo da taxa média de notificação de violência de cada município foi considerado a média do número de casos de 2011 a 2021, dividido pela média da população desse mesmo período. As taxas de cada município foram colocadas em ordem crescente e divididas em tercil para formar três categorias: baixo em notificação (até 33,33%), médio em notificação (de 33,34% a 66,67%) e alto em notificação (acima de 66,67%). Em seguida, tirou-se a média dessas taxas municipais e cada localidade foi incluída dentro de uma das três categorias, sendo possível comparar o município com ele mesmo e vendo se ao longo de 10 anos ele se enquadra como alto, médio ou alto em notificação. O nível alfa de significância utilizado em todas as análises foi de 5%.

RESULTADOS

A seguir, apresentam-se os valores das taxas médias de notificação de geral de violência entre 2011 e 2021 e segundo os municípios e ciclo de vida (0-9 anos; 10 a 19 anos; 20 a 59 anos e 60 e mais) entre os mesmos anos. Nota-se que a taxa média de notificação geral de violência no ES foi de 14,05/10.000 hab. Verifica-se que o município de Marechal Floriano apresentou a maior média das taxas de notificação (55,12/10.000 hab), seguido de Itaguaçu (39,92/10.000 hab) e Conceição do Castelo

(34,24/10.000 hab). Em contrapartida, Baixo Guandu (3,09/10.000 hab), Ecoporanga (3,24/10.000 hab) e Conceição da Barra (3,30/10.000 hab) foram os municípios com menores taxas de notificação no período estudado.

Quanto às taxas de notificação de violência interpessoal e autoprovocadas específicas por idade, verifica-se no ES que a maior taxa média de notificação foi para o grupo de adolescentes (29,02/10.000 hab), seguida de pessoas adultas (16,39/10.000 hab), crianças (10,98/10.000 hab) e os idosos (9,34/10.000 hab.)

De acordo com os municípios, nota-se, entre o grupo de 0 a 9 anos, a maior taxa média de notificação foi para o município de Afonso Cláudio (56,62/10.000), seguido de Marechal Floriano (37,12/10.000) e Vitória (36,10/10.000). Quando falamos da população entre 10 e 19 anos, a maior taxa média de notificação de violência também foi para o município de Marechal Floriano (80,28/10.000), seguidos da capital Vitória (72,53/10.000) e Mucurici (66,53/10.000). Na faixa de 20 a 59 anos novamente Marechal Floriano (61,99/10.000), seguido de Itaguaçu (49,22/10.000) e Conceição do Castelo (47,21/10.000). No grupo de 60 e mais, a maior taxa média apareceu em Marechal Floriano (25,42/10.000), seguido de Governador Lindemberg (19,96/10.000) e Pedro canário (19,67/10.000) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da Taxa média de notificação de violência nos municípios do Espírito Santo, entre 2011 a 2021, segundo grupos vulneráveis, Espírito Santo, 2024.

Municípios	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		60 anos ou mais		Geral	
	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP
Afonso Cláudio	56,62	96,35	64,53	115,24	5,91	4,04	5,10	3,63	17,76	28,74
Água Doce do Norte	8,04	3,14	17,37	8,85	11,47	6,44	12,27	7,35	9,07	5,08
Águia Branca	16,67	8,36	29,74	20,86	9,12	8,55	9,98	3,54	8,81	7,54
Alegre	6,19	3,13	14,54	8,55	13,02	5,40	15,09	10,02	11,98	5,27
Alfredo Chaves	6,46	2,23	50,40	39,44	13,60	12,12	4,79	1,66	13,65	11,67
Alto Rio Novo	8,46	0,00	16,79	6,17	8,86	2,81	8,96	0,00	5,97	2,59
Anchieta	7,39	6,73	25,03	20,80	12,88	8,06	7,26	5,54	12,53	7,71
Apiacá	16,66	5,76	12,56	5,47	13,09	6,93	0,00	0,00	9,69	4,00
Aracruz	6,36	5,67	27,43	27,57	24,63	24,70	8,36	7,74	17,52	19,77
Atílio Vivácqua	8,24	3,16	30,06	14,95	22,37	7,03	12,81	6,79	19,43	4,78
Baixo Guandu	4,23	2,32	8,01	7,49	4,30	2,04	3,27	1,38	3,09	2,47
Barra de São Francisco	3,10	2,80	19,45	15,33	12,63	8,58	4,35	1,87	9,59	7,78
Boa Esperança	4,52	0,02	15,49	12,82	4,15	2,20	5,71	0,00	3,66	2,88
Bom Jesus do Norte	0,00	0,00	15,30	0,21	6,55	8,70	5,20	0,00	4,62	5,90
Brejetuba	8,24	2,36	29,00	47,96	7,59	5,07	8,31	1,16	8,24	9,17
Cachoeiro do Itapemirim	2,20	1,09	14,29	12,23	9,05	6,56	2,74	2,01	7,70	5,66
Cariacica	7,50	2,57	21,26	11,46	15,40	4,05	4,01	2,34	13,78	3,61
Castelo	5,49	3,23	27,32	9,09	21,75	9,19	8,23	2,82	18,30	6,09
Colatina	14,14	8,82	26,37	13,22	18,37	9,51	8,77	5,42	17,21	8,77
Conceição da Barra	4,26	3,55	6,31	6,59	3,68	3,38	4,76	2,64	3,30	3,24
Conceição do Castelo	12,87	2,82	46,82	34,51	47,21	34,75	11,35	5,63	34,24	25,19

Municípios	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		60 anos ou mais		Geral	
	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP
Divino São Lourenço	15,29	0,00	16,78	0,00	8,24	7,25	16,42	1,05	6,99	4,43
Domingos Martins	11,31	9,37	27,16	20,77	19,27	12,98	6,05	3,08	16,45	10,72
Dores do Rio Preto	19,59	9,84	42,03	30,53	24,06	9,47	17,80	6,64	19,36	11,70
Ecoporanga	5,59	5,06	14,20	3,72	3,75	2,47	4,73	3,63	3,24	2,97
Fundão	6,99	3,50	26,33	21,49	15,87	11,28	4,49	1,27	13,75	9,66
Governador Lindenberg	24,81	24,47	36,31	14,90	11,96	4,63	19,96	14,14	16,00	8,60
Guaçuí	2,35	0,01	18,10	17,58	7,75	6,05	4,27	2,51	6,20	5,48
Guarapari	4,81	4,38	25,34	17,20	18,04	11,35	4,92	2,45	15,16	9,41
Ibatiba	8,53	5,68	27,61	17,73	23,34	16,35	9,34	4,94	18,57	13,12
Ibiraçu	9,95	5,60	24,18	23,11	12,70	14,96	14,75	11,75	12,08	13,96
Ibitirama	12,94	0,00	6,78	0,00	4,87	1,21	9,26	0,00	2,47	0,94
Iconha	8,81	3,82	19,41	14,24	7,99	5,24	6,65	2,77	6,84	4,27
Irupi	6,62	2,57	20,42	7,73	11,68	7,46	10,20	5,65	8,84	6,29
Itaguaçu	14,97	7,29	65,61	18,30	49,22	10,68	14,12	6,48	39,92	6,75
Itapemirim	5,01	3,46	20,86	12,63	21,37	15,15	6,62	4,24	16,14	10,76
Itarana	30,43	26,34	55,90	36,80	32,26	11,23	19,56	13,95	32,19	13,49
Iúna	3,70	1,79	13,42	9,12	10,19	6,08	4,60	2,28	8,52	4,42
Jaguaré	9,61	10,44	47,45	35,81	22,63	23,66	18,09	5,47	18,95	20,57
Jerônimo Monteiro	14,53	8,61	52,22	31,32	25,91	18,17	10,07	6,21	22,33	14,38
João Neiva	8,79	7,73	26,31	15,84	15,89	7,43	6,15	2,96	11,84	7,98
Laranja da Terra	12,96	6,16	13,79	14,27	7,79	6,70	7,39	4,84	5,47	5,73
Linhares	1,92	0,73	14,60	13,42	9,64	4,33	2,94	1,56	7,29	5,49
Mantenópolis	7,20	3,94	10,31	8,41	9,48	7,94	7,50	4,94	7,23	6,17
Marataízes	4,77	3,19	20,77	15,20	25,31	16,32	8,85	7,11	18,78	12,22
Marechal Floriano	37,12	39,63	80,28	50,03	61,99	26,86	25,42	14,12	55,12	26,03
Marilândia	16,47	9,67	39,10	23,13	12,31	8,42	17,47	11,07	13,89	9,78
Mimoso do Sul	3,56	1,36	14,92	19,24	11,17	10,63	11,54	1,46	9,06	8,83
Montanha	3,73	0,03	22,85	17,96	9,49	9,02	4,64	2,28	7,56	7,67
Mucurici	13,30	0,00	66,53	60,84	35,01	30,03	15,12	6,56	25,74	23,60
Muniz Freire	6,90	6,64	33,72	20,03	33,57	23,91	12,95	5,71	25,52	17,29
Muqui	8,65	4,46	33,57	14,76	23,79	10,98	8,64	6,44	19,87	8,96
Nova Venécia	4,35	3,46	21,79	23,29	10,55	12,03	4,35	3,52	9,36	10,87
Pancas	4,73	3,94	15,56	20,23	8,99	8,89	5,39	2,57	6,77	7,99
Pedro Canário	6,68	8,75	25,76	19,39	24,43	19,22	19,67	4,48	17,22	15,57
Pinheiros	2,78	1,01	10,79	13,21	3,66	2,59	4,07	1,83	3,11	3,66
Piúma	6,20	2,99	14,31	11,41	8,49	7,52	6,42	3,00	8,16	6,29
Ponto Belo	11,02	4,31	32,93	5,43	9,13	8,29	14,78	0,00	9,52	6,45
Presidente Kennedy	13,22	8,98	47,51	42,36	34,19	21,77	16,64	10,98	28,15	19,14
Rio Bananal	5,79	3,24	28,37	24,15	12,16	5,74	6,44	4,32	11,61	7,31
Rio Novo do Sul	14,19	10,33	38,26	26,79	16,54	13,97	8,83	3,96	14,25	11,90
Santa Leopoldina	8,48	5,39	13,06	8,67	6,79	5,57	6,77	3,35	4,41	4,54
Santa Maria de Jetibá	7,79	5,87	24,94	24,18	20,36	18,33	6,92	4,11	16,41	15,03
Santa Teresa	11,29	8,75	36,79	22,81	14,56	9,04	7,89	4,98	13,86	9,79
São Domingos do Norte	10,44	4,20	22,56	14,58	11,19	7,71	14,79	15,23	10,43	7,53
São Gabriel da Palha	5,03	2,67	16,29	12,98	9,97	6,97	4,27	2,30	9,28	5,26
São José do Calçado	7,34	0,15	13,52	8,51	4,72	3,84	0,00	0,00	4,19	2,83
São Mateus	3,49	1,95	15,00	12,41	7,80	6,88	8,64	14,50	7,95	6,09
São Roque do Canaã	14,71	9,84	11,42	5,40	9,57	3,42	7,91	4,23	8,19	2,97
Serra	13,00	7,07	41,34	22,69	20,37	10,92	9,85	2,71	21,40	11,06
Sooretama	2,71	2,26	11,53	9,69	7,33	7,46	3,59	0,00	5,74	5,51
Vargem Alta	13,25	7,72	25,35	27,88	12,55	13,60	4,38	1,72	10,09	11,90

Municípios	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		60 anos ou mais		Geral	
	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP	Taxa Média	DP
Venda Nova do Imigrante	9,69	7,56	52,83	52,34	27,63	17,42	13,03	14,67	19,49	19,75
Viana	6,51	4,75	20,20	10,51	10,02	6,53	6,27	3,62	10,28	6,43
Vila Pavão	10,29	4,18	37,22	54,01	7,94	5,86	13,99	7,80	9,32	5,51
Vila Valério	25,51	17,57	43,56	45,95	11,48	4,69	12,22	6,59	17,27	9,25
Vila Velha	6,07	2,92	18,71	11,77	9,52	8,40	2,78	1,99	9,41	7,00
Vitória	36,10	19,72	72,53	53,24	26,88	16,90	15,01	8,12	32,09	19,89
TOTAL	**10,98**	**17,95**	**29,02**	**30,93**	**16,39**	**16,07**	**9,34**	**8,08**	**14,05**	**14,10**

DP - Desvio padrão.
Fonte: Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE.

Quanto à tendência de notificações, percebe-se que, de 2012 a 2019, houve aumento mediano nas taxas de notificação de violência para todas as faixas etárias em conjunto, o *pseudo*-R^2 foi de 14,8%, ou seja, os anos conseguem explicar apenas a variação na taxa de notificação de violência por 10.000 habitantes em 14,8%. Os anos de 2014 a 2021 influenciaram em um aumento mediano na taxa das notificações de violência em comparação a taxa de 2011 (dados não apresentados em Tabela).

Analisando o grupo de 0 a 9 anos, constata-se que nos anos de 2016 a 2019, assim como no ano de 2021, houve um aumento mediano na taxa de notificação de violências contra crianças em comparação ao ano de 2011. Em 2020, não houve significância, provavelmente pela queda na notificação em decorrência da pandemia da Covid 19. Para a faixa etária de 10 a 19 anos e 20 a 59, os anos de 2014 a 2021 influenciaram em um aumento mediano na taxa de notificação de violência em comparação a taxa de 2011. Tanto para as notificações de violência contra a criança, quanto adolescentes o ano que influenciou mais fortemente foi 2019. Quanto ao grupo de 60 anos e mais, percebe-se que a partir de 2012 até 2018 houve aumento mediano nas taxas e a partir de 2019 houve redução mediana, todavia, nenhum ano apresentou relação significante com a taxa de notificação de violência, deste modo, a taxa de notificação não é influenciada pelos anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Tendência da incidência das notificações de violência nos municípios do Espírito Santo, entre 2011 a 2021, segundo grupos vulneráveis, Espírito Santo, 2024.

FAIXA ETÁRIA 0 A 9 ANOS

ANO	B	Erro padrão robusto	Valor p*	IC de 95% para B		Tendência
				Limite inferior	Limite superior	
2011	0	-	-	-	-	-
2012	-0,86	1,03	0,403	-2,88	1,16	Não significativo
2013	-0,83	0,97	0,389	-2,73	1,07	Não significativo
2014	-0,03	1,05	0,978	-2,09	2,04	Não significativo
2015	0,96	1,16	0,408	-1,32	3,25	Não significativo
2016	2,80	1,15	**0,016**	0,53	5,07	Acréscimo
2017	2,61	0,93	**0,005**	0,78	4,43	Acréscimo
2018	3,23	1,23	**0,009**	0,81	5,64	Acréscimo
2019	4,51	1,37	**0,001**	1,81	7,20	Acréscimo
2020	2,01	1,25	0,108	-0,44	4,47	Não significativo
2021	2,73	1,02	**0,008**	0,73	4,72	Acréscimo

Pseudo-R^2 = 3,0%

FAIXA ETÁRIA 10 A 19 ANOS

ANO	B	Erro padrão robusto	Valor p*	IC de 95% para B		Tendência
				Limite inferior	Limite superior	
2011	0	-	-	-	-	-
2012	2,58	2,05	0,209	-1,45	6,60	Não significativo
2013	1,57	1,81	0,387	-1,99	5,12	Não significativo
2014	4,03	2,03	**0,048**	0,04	8,02	Acréscimo
2015	10,26	2,09	**<0,001**	6,17	14,36	Acréscimo
2016	10,98	3,43	**0,001**	4,24	17,71	Acréscimo
2017	16,84	3,76	**<0,001**	9,45	24,23	Acréscimo
2018	22,71	3,39	**<0,001**	16,06	29,36	Acréscimo
2019	32,27	5,09	**<0,001**	22,27	42,26	Acréscimo
2020	19,46	2,70	**<0,001**	14,16	24,76	Acréscimo
2021	27,22	3,63	**<0,001**	20,10	34,35	Acréscimo

Pseudo-R^2 = 13,7%

FAIXA ETÁRIA 20 A 59 ANOS

ANO	B	Erro padrão robusto	Valor p*	IC de 95% para B		Tendência
				Limite inferior	Limite superior	
2011	0	-	-	-	-	-
2012	0,24	0,96	0,799	-1,64	2,13	Não significativo
2013	1,04	0,85	0,217	-0,62	2,70	Não significativo
2014	4,53	0,88	**<0,001**	2,81	6,25	Acréscimo
2015	5,47	2,07	**0,009**	1,40	9,55	Acréscimo
2016	8,10	1,77	**<0,001**	4,63	11,57	Acréscimo
2017	9,62	1,33	**<0,001**	7,00	12,24	Acréscimo
2018	14,03	1,93	**<0,001**	10,23	17,82	Acréscimo
2019	15,23	2,22	**<0,001**	10,88	19,59	Acréscimo
2020	13,85	1,75	**<0,001**	10,42	17,28	Acréscimo
2021	15,85	2,03	**<0,001**	11,86	19,85	Acréscimo

Pseudo-R^2 = 10,2%

FAIXA ETÁRIA 60 E MAIS

ANO	B	Erro padrão robusto	Valor p*	IC de 95% para B		Tendência
				Limite inferior	Limite superior	
2011	0	-	-	-	-	-

2012	-1,68	1,56	0,281	-4,74	1,38	Não significativo
2013	-0,56	1,64	0,733	-3,77	2,65	Não significativo
2014	0,00	1,61	0,999	-3,17	3,17	Não significativo
2015	-0,37	1,57	0,813	-3,46	2,72	Não significativo
2016	1,02	1,90	0,589	-2,70	4,75	Não significativo
2017	1,01	2,06	0,623	-3,04	5,07	Não significativo
2018	1,33	1,65	0,418	-1,90	4,57	Não significativo
2019	1,02	1,46	0,485	-1,85	3,88	Não significativo
2020	0,28	1,79	0,875	-3,23	3,80	Não significativo
2021	-0,66	1,61	0,681	-3,83	2,51	Não significativo
Pseudo-R^2 = 2,7%						

(*) Regressão quantílica simples; B - coeficiente; 0 - categoria de referência; significativo se p ≤ 0,050.

A distribuição espacial por faixa etária das taxas de notificação por 10.000 de notificação de violência para os municípios do Espírito Santo nos anos de 2011 a 2021 é apresentada no Gráfico 1. As taxas de cada município foram colocadas em ordem crescente e divididas em três categorias: baixa (até 33,33%), moderada (de 33,34% a 66,67%) e alta (acima de 66,67%), posteriormente foi calculada a média, e, em seguida categorizada. Diante disso, foram observados 5 municípios com altas taxas de notificação de violência ao longo de 2011 a 2021, sendo eles: Afonso Cláudio, Laranja da Terra, Aracruz, Mucurici, e Jerônimo Monteiro. No entanto, um município apresentou taxa alta em todas as faixas foi o município de Mucurici.

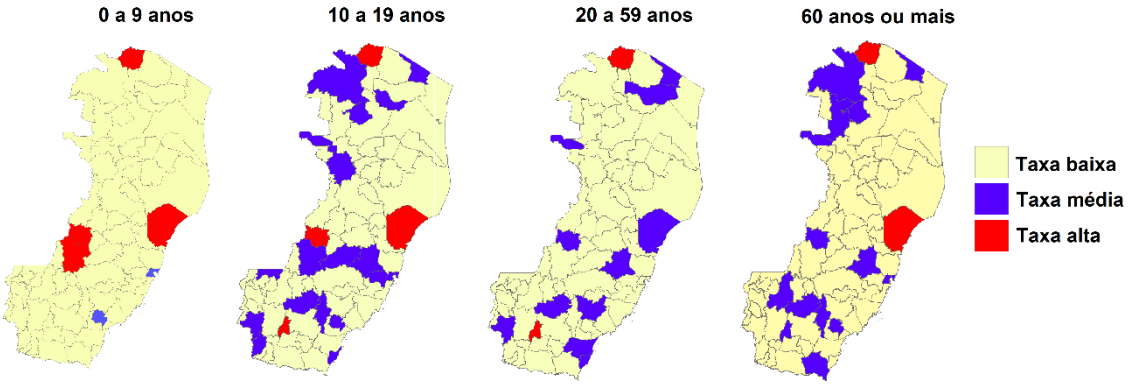


Gráfico 1 - Distribuição das taxas de incidência por 10.000 de notificação de violência entre as faixas etárias para o período de 2011 a 2021.

A distribuição espacial por faixa etária das taxas suavizadas de incidência por 10.000 de violência para os municípios do ES através do método empírico Bayesiano global nos anos de 2011 a 2021 aponta, que todas as faixas etárias apresentaram alguns municípios com taxas de notificação de violência consideradas altas. No entanto, a faixa de 10 a 19 ocorreu as maiores concentrações dessa categoria, onde foram observados 4 municípios com altas taxas de notificação, foram eles: o de

Mucurici (77,75/10,000 hab), Aracruz (72,12/10,000 hab), Laranja da Terra (56,01/10,000 hab) e Jerônimo Monteiro (62,88/10,000 hab). No entanto, Mucurici obteve mais taxas considerada altas do que as demais (Gráfico 2).

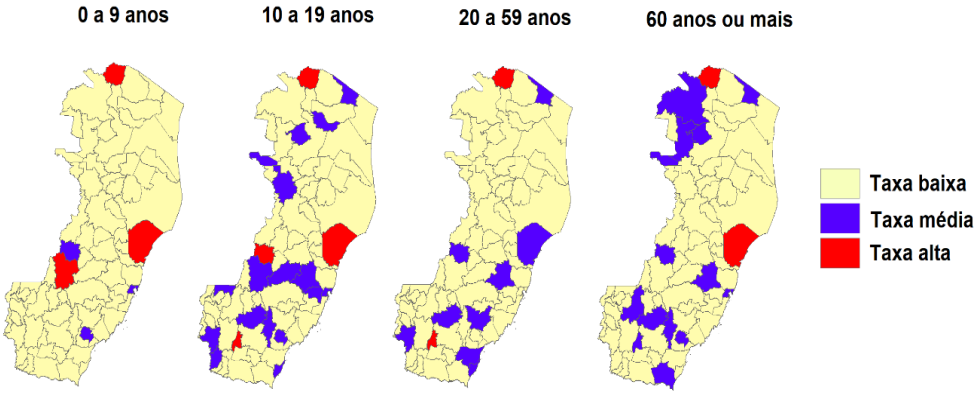


Gráfico 2 - Distribuição das taxas bayesianas empíricas por 10.000 de notificação de violência entre as faixas etárias para o período de 2011 a 2021.

O índice de Moran local (li) para verificar a dependência espacial, mostrando a correlação da taxa de violência por 10.000 habitantes entre os municípios como um todo nos anos de 2011 a 2021. A faixa etária de 0 a 9 anos apresentou o município de Laranja da Terra (27,34) com correlação do tipo positiva (Q1), ou seja, a taxa de violência deste município foi alta em relação aos municípios de Itarana (4,51) e Santa Maria de Jetibá (3,16). Nas faixas de 10 a 19 anos o município de Itarana (21,40/10,000 hab) apresentou taxa alta, mas não apresentou correlação espacial significativa com os outros municípios de divisa. O mesmo se observou para a relação do município de Serra (6,07) na faixa etária de 60 anos ou mais, logo não se pode afirmar que há uma correlação entre os municípios do seu entorno (Gráfico 3).

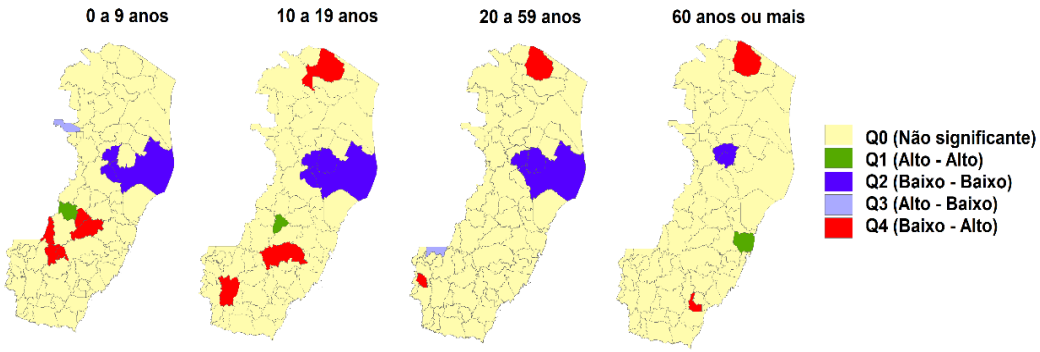


Gráfico 3 - Distribuição das correlações das taxas de incidência por 10.000 de notificação de violência entre as faixas etárias para o período de 2011 a 2021.

DISCUSSÃO

A análise das taxas médias de notificação de violência e seus desvios padrão por faixa etária nos municípios do Espírito Santo sugere variações significativas na incidência das notificações ao longo do tempo. Essas variações podem ser influenciadas por fatores socioeconômicos, culturais, capacidades locais de vigilância e registro de violência, e políticas públicas de enfrentamento da violência (MACINKO; 2015; PASINATO; MACHADO; AVILA, 2019; OLIVEIRA, 2021).

Observa-se que ao longo dos anos, a tendência de notificações de 2012 a 2019 no Espírito Santo teve um aumento mediano para todas as faixas etárias quando analisadas em conjunto. Essa tendência crescente na notificação de casos de violência, também foi verificada em Estados como Santa Catarina (PLATT *et al.* 2022) e Amazonas (OLIVEIRA *et al.*, 2020) e, também, no Brasil (PAUNGARTNER *et al.*, 2020). Essa tendência pode ser atribuída a vários fatores, incluindo avanços nas políticas públicas e legislação que promovem a obrigatoriedade da notificação, campanhas de conscientização que incentivam vítimas e testemunhas a denunciarem, e maior treinamento de profissionais para identificar sinais de violência (PAUNGARTNER *et al.*, 2020).

Os grupos etários 10 a 19 anos e 20 a 59 anos frequentemente mostram taxas mais altas de notificação em comparação com os grupos de 0 a 9 anos e 60 anos ou mais, isso pode refletir maior exposição ou vulnerabilidade desses grupos a situações de violência, ou maior tendência a notificar esses casos. Os estudos por ciclo de vida são essenciais para entender como a violência afeta indivíduos em diferentes fases da vida. Cada fase apresenta vulnerabilidades e formas de violência específicas, e a compreensão dessas diferenças é crucial para desenvolver intervenções e políticas eficazes (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

Desde a implementação da notificação obrigatória em 2011, houve aumento significativo no número de casos registrados de violência contra crianças. Isso não necessariamente indica aumento na violência, mas, sim, maior conscientização e responsabilização por parte dos profissionais envolvidos. Essa medida assegura que casos de violência sejam identificados, registrados e tratados com a devida seriedade, promovendo ambiente mais seguro e acolhedor, além de fortalecer a rede de proteção, responsabilizando os profissionais envolvidos e contribuindo para a criação

de políticas públicas eficazes, baseadas em dados concretos e na realidade enfrentada por muitas pessoas (GARBIN *et al.*, 2015).

No que tange as notificações por faixa etária, verifica-se aumento significativo na notificação de violência contra crianças, sobretudo entre 2016 e 2019, dado semelhante foi encontrado por Lewandowski *et al.* (2021) que, analisando as taxas de notificações de violência infanto-juvenil no Estado do Rio Grande do Sul, encontraram aumento de 7% entre 2016-2017; aumento de 52% entre 2017-2018; aumento de 24% entre 2018-2019.

Esses dados são de grande importância, visto que o rastreio precoce da violência é prática essencial na política da primeira infância, que visa identificar precocemente problemas de desenvolvimento, comportamentais, emocionais e de saúde em crianças de 0 a 6 anos (VENANCIO, 2018). A detecção precoce permite intervenções mais efetivas, garantindo um desenvolvimento saudável e a plena realização do potencial de cada criança. Nesta perspectiva, Nunes e Sales (2016) reflete que notificar violência contra crianças pode ser uma tarefa difícil por diversas razões complexas e interconectadas como, por exemplo, a dependência do agressor, medo em relatar os fatos ocorridos, crenças culturais e sociais, falta de compreensão e falha na identificação do profissional notificador.

Por outro lado, durante a pandemia de COVID-19, aconteceu uma redução nas notificações de violência contra criança no estado, isso se justifica por diversos motivos, como o isolamento social, o fechamento de escolas e a falta de serviços de suporte às vítimas por sobrecarga ou falta de pessoal, o que pode ter dificultado denúncias e intervenções. Essa redução nas notificações não significa necessariamente uma diminuição real da violência contra crianças, mas, sim, uma possível subnotificação de casos (PLATT; GUEDERT; COELHO, 2020). Os impactos diretos da pandemia de Covid-19, resultaram em serviços de apoio limitados, criando barreiras adicionais para a identificação e denúncia de violências contra crianças (LEVANDOWSK *et al.*, 2021; PLATT; GUEDERT; COELHO, 2020).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde e outros notificadores desempenham um papel vital no rastreio da violência contra a criança. Sua capacidade de identificar, notificar e intervir em casos de abuso é essencial para proteger as crianças e garantir que elas recebam o cuidado e suporte necessários para superar traumas e desenvolver-se de maneira saudável. A colaboração entre

diferentes setores e a conscientização contínua são fundamentais para a eficácia desse processo (GADELHA *et al.*, 2022).

Além disso, é importante destacar que a rede de proteção é fundamental para intervenção nos casos de violência contra crianças, garantindo uma abordagem multidisciplinar e integrada para proteção. Profissionais de saúde, educadores, autoridades legais e outros devem trabalhar em conjunto, compartilhando informações e recursos, para assegurar uma resposta eficaz e coordenada. Essa colaboração permite a detecção precoce de sinais de abuso, intervenções imediatas e suporte contínuo, além de garantir que as notificações obrigatórias sejam realizadas conforme a legislação. Assim, a rede de proteção não apenas responde às situações de violência, mas também promove a prevenção e a conscientização, criando um ambiente mais seguro e acolhedor para as crianças (MELO *et al.*, 2020).

Para a faixa etária de 10 a 19 anos e 20 a 59 anos, os anos de 2014 a 2021 mostraram uma tendência de aumento mediano na taxa de notificação de violência em comparação a 2011. Esse aumento pode ser atribuído a uma combinação de fatores, incluindo maior conscientização pública sobre os direitos das vítimas, melhorias nos sistemas de denúncia e resposta, campanhas educativas mais eficazes e aumento da sensibilidade e capacitação dos profissionais para identificar e relatar casos de violência (MIRANDA *et al.*, 2022).

O aumento das notificações de violência contra adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos pode ser justificado, primeiramente, pela conscientização e sensibilização da sociedade e dos profissionais de saúde sobre a importância da notificação de casos de violência, o que resultou em maior número de registros. Outro fator relevante é a crescente visibilidade de questões relacionadas à violência juvenil nas mídias sociais e na internet, onde adolescentes estão mais expostos e vulneráveis a diferentes formas de violência, incluindo *cyberbullying* e abuso online. Esses ambientes virtuais, junto com as dificuldades típicas dessa faixa etária, como conflitos familiares, pressão escolar e desafios emocionais, podem aumentar a exposição a situações de violência (VASCONCELOS *et al.*, 2020).

Quanto ao grupo de 20 a 59 anos, estes representam a população economicamente ativa, que geralmente está mais integrado aos serviços públicos e privados, incluindo sistemas de saúde, educação e emprego, o que pode justificar o elevado número de notificações neste grupo. Além disso, adultos frequentemente têm uma rede de suporte social mais ampla e estão mais aptos a reconhecer sinais de

abuso ou buscar ajuda quando necessário. A mídia também tende a focar mais em casos de violência dentro dessa faixa etária, contribuindo para maior conscientização pública e, consequentemente, aumento das denúncias (MASCARENHAS *et al.*, 2009).

Destaca-se no presente estudo a vulnerabilidade dos idosos à violência como uma questão de relevante preocupação. Foi possível constatar que nenhum ano apresentou relação significante com a taxa de notificação de violência contra a pessoa idosa. De acordo com Silva e França (2015) isso acontece devido a uma combinação de fatores complexos e persistentes. A subnotificação continua sendo um desafio primordial, com muitos idosos hesitando em relatar abusos devido a medos de retaliação, vergonha ou dependência do agressor. Além disso, barreiras específicas como dificuldades de mobilidade, isolamento social e dependência financeira podem limitar a sua capacidade de buscar ajuda ou de denunciar casos de violência (SILVA; FRANÇA, 2015).

O Estatuto do Idoso, criado para proteger os direitos dessa população, estabelece diretrizes importantes, mas a efetividade de sua aplicação muitas vezes é comprometida pela falta de recursos, capacitação insuficiente de profissionais e falhas na implementação das políticas públicas. Além disso, há uma tendência preocupante de subnotificação de casos de violência contra idosos, tanto por parte das próprias vítimas, devido a medos relacionados a represálias ou dependência dos agressores, quanto por parte dos sistemas de saúde e assistência social, que frequentemente não identificam ou registram adequadamente esses casos. Essa subnotificação impede uma compreensão completa da extensão do problema e dificulta a implementação de medidas preventivas e de apoio eficazes (BRASIL, 2003).

Quanto à distribuição espacial, foram observados 5 municípios com altas taxas de notificação de violência ao longo de 2011 a 2021, sendo eles: Afonso Cláudio, Laranja da Terra, Aracruz, Mucurici, e Jerônimo Monteiro. Esses municípios podem compartilhar uma combinação de fatores socioeconômicos, demográficos, culturais, institucionais que contribuem para as altas taxas de notificação de violência. Além disso, a eficácia dos sistemas de notificação, por meio de capacitações e intervenções pela área técnica pode ter colaborado para o aumento no número de notificações desses municípios e, além disso, a presença de uma população mais jovem pode estar mais envolvida em situações de violência, tanto como vítimas quanto como perpetradores, especialmente nas faixas etárias de 10 a 19 anos e 20 a 59 anos. Isso é verificado em ambos os municípios analisados, conforme dados mais recentes do

DataSUS (2012), a percentagem de população na faixa etária mencionada é a seguinte: Afonso Cláudio (72,5%), Aracruz (75,8%), Jerônimo Monteiro (71,7%), Laranja da Terra (72,5%) e Mucurici (72,2%) (BRASIL,2024).

Como limitação deste estudo registra-se a subnotificação dos casos de violência, pois se trata de um estudo com base em dados do Sistema de informação. A subnotificação remete-se à subestimação da real incidência de casos de violência devido ao não registro ou comunicação inadequada desses casos. Esse fenômeno tem diversas causas e consequências, particularmente preocupantes quando se trata de violência contra grupos vulneráveis, como crianças, mulheres, idosos e minorias.

Todavia, mesmo diante das limitações apresentadas, os resultados encontrados são de grande importância, pois evidenciam um número significativo de pessoas em situações de violência que necessitam de atenção e cuidado. Os casos que são notificados já representam uma fração substancial e preocupante da população afetada, evidenciando a existência de um problema grave e difundido. Esses números subestimados apontam para a necessidade imperativa de fortalecer as redes de apoio e proteção, melhorar os mecanismos de notificação e sensibilizar a sociedade para reconhecer e denunciar a violência. Essas dificuldades destacam a necessidade de investimentos em treinamento e capacitação da equipe multiprofissional notificadora, bem como a implementação de políticas e diretrizes claras para melhorar a notificação das violências e garantir uma resposta adequada a esse grave problema de saúde pública.

CONCLUSÃO

Com este estudo, conclui-se que o mapeamento das taxas de notificação de violência no Estado do Espírito Santo contribui para demostrar de forma clara a distribuição da notificação das violências em cada município, sendo possível identificar onde é mais necessário intervir em capacitações e treinamentos acerca na notificação das violências. É importante ressaltar que as taxas de notificação de violência de cada munícipio não representam que temos municípios violentos, mas, sim, sinaliza a oportunidade de oferta de cuidado e o cumprimento da lei de notificação das violências interpessoais e autoprovocadas.

Nota-se que, ao longo dos anos, houve aumento da taxa de notificação de violência, existindo importante diferença entre as notificações de acordo com o grupo etário, sendo fundamental que se estudem as notificações de violência segundo o ciclo de vida. Percebe-se, ainda, que os idosos foram os grupos mais vulneráveis à subnotificação e que há diferenças entre as taxas de notificação nos municípios e grupos etários, evidenciando a complexidade do fenômeno da violência e da importância de análises específicas.

REFERÊNCIAS

AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, 2017, p. 2825-2840.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popes.def>. Acesso em: 14 jul. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 420**, de 2 de março de 2022 DOU publicado em 04/03/2022. Ed. 43. Seção 1. Pág. 56. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

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 16/5/01, publicada no DOU n. 96 seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. Senado. **Estatuto do idoso**. Brasília: Senado Federal, 2003.

CRUZ, D. M. C.; SILVA, J. T.; ALVES, H. C. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.13, n.1, p.131-146, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/98jhhnzq7yytjRTz4j9rCWt/?format=pdf&lang=pt>

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 11, n. esp, 2007, p. 1163-1178.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Estadual nº 11.147,** de 08 de julho de 2020. Define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde, instituição de ensino e assistência social, de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do Estado do Espírito Santo. Diário Oficial dos Poderes do Estado do Espírito Santo. Edição N°25.274, Vitória, 2020.

FERRAZ, M. I. R.; LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM MA, RAIMONDO ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica**. Cogitare Enfermagem**. vol. 14, n. 4, 2009, p. 755-59.

GADELHA, Joanna Paula Moraes et al. Contribuição dos profissionais de saúde no preenchimento da notificação para estudo da violência contra crianças e adolescentes no ambiente hospitalar: um protocolo de revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, 2022, e282111234473-e282111234473.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafıos do profıssional de saúde na notifıcação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015, p. 1879-1890.

KRUG, E.G; MERCY, J.A.; DAHLBERG, L.L.; ZWI, A.B. **The world report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

LEVANDOWSKI, Mateus Luz et al. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021, e00140020.

MACINKO, James. Avanços na vigilância da saúde pública brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, 2015, p. 628-629.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)-Brasil, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, 2009, p. 17-28.

MELO, Rosana Alves de et al. Rede de proteção na assistência às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020, e20190380.

MINAYO, M. C. S. Violência: Um problema de saúde dos brasileiros. In: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 9-43.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MIRANDA, Ludmilla Laura et al. Violência contra crianças e adolescentes em tempos de pandemia: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, 2022, e435111234683-e435111

NOCK, M. K.; BORGES, G.; BROMET, E. J.; CHA, C. B.; KESSLER, R. C.; LEE, S. Suicide and suicidal behavior. **Epidemiol. Rev**. Vol. 30, 2008, p. 133-54. DOI: 10.1093/epirev/mxn0027.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, 2016, p. 871-880.

OLIVEIRA, Erick Verner et al. Fatores socioeconômicos e saúde de crianças em contexto de violência. **Aletheia**, v. 54, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, Nathália França 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**, v. 29, 2020, e2018438.

PASINATO, Wânia; MACHADO, Bruno; ÁVILA, TP. Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher. **Direito, Transdisciplinaridade e Pesquisas Sociojurídicas**, v. 6, 2019.

PAUNGARTNER, Luciana Medeiros et al. Análise epidemiológica das notificações de violência contra crianças e adolescentes no Brasil de 2009 a 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, 2020, e4241-e4241.

PLATT, Vanessa Borges et al. Completitude, consistência e não duplicidade dos registros de violência sexual infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Santa Catarina, 2009-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022, e2021441.

PLATT, Vanessa Borges; GUEDERT, Jucélia Maria; COELHO, Elza Berger Salema. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 2020, e2020267.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. V. 29, n. 6., 2013, p. 1230-1240.

SILVA, Edson Alexandre; FRANÇA, Lucia Helena de Freitas Pinho. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. Estudos e pesquisas em Psicologia, v. 15, n. 1, 2015, p. 155-177.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa et al. Violencia contra adolescentes y estrategias de enfrentamiento. **Enferm Foco**, v. 11, n. 5, 2020, p. 144-151.

VENANCIO, Sonia Isoyama. Políticas Públicas dirigidas para primeira infância: uma agenda em expansão. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 19, n. 1, 2018, p. 15-18.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women prevalence estimates, 2018:** global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021.

6.2 ARTIGO 2

Formulário Digital para orientação dos profissionais de saúde e demais notificadores acerca do preenchimento das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada

Autoras: Tamires Paulo Ceccon; Franciéle Marabotti Costa Leite

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - **Rev Rene**

RESUMO

Objetivo: Desenvolver um Formulário Digital para orientação dos profissionais de saúde e demais notificadores acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal ou autoprovocada. **Métodos:** Estudo metodológico para desenvolvimento de um Formulário digital interativo de orientação ao profissional de saúde e demais profissionais notificadores. Foram consideradas cinco etapas: seleção do conteúdo; seleção da plataforma digital; roteirização e criação de uma sequência estrutural do diálogo vinculando cada orientação de acordo com as respostas do usuário; inserção de elementos que mimetizam a conversação humana, coerência semântica, exatidão do conteúdo, adequação da estrutura do diálogo em função da cordialidade e fluidez e, por fim, avaliação do formulário quanto à pertinência, objetividade, clareza, simplicidade, exequibilidade e vocabulário. **Resultados:** Foi criado o formulário digital interativo para orientação do profissional de saúde e demais profissionais notificadores acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal ou autoprovocada no sistema e-SUS VS. **Contribuições para a prática**: Abarca todos os tópicos da ficha de notificação de violência, oportunizando esclarecimentos de dúvidas, facilitando o seu preenchimento, e dando suporte ao preenchimento correto, à obtenção de dados qualificados e à inserção das vítimas na rede de cuidados e proteção, contribuindo para a ruptura do ciclo de violência.

Descritores: Violência. Sistemas de Informação em saúde. Tecnologia da informação**.** Epidemiologia.

Descriptors: Violence. Health Information Systems. Information technology. Epidemiology.

Introdução

A violência é caracterizada pela OMS como um agravo de uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação[1].

A Notificação das violências é de fundamental importância para compreender a verdadeira extensão dos problemas e direcionar esforços de prevenção e intervenção de forma eficaz. Ao coletar dados sobre casos de violência, os sistemas de notificação fornecem informações essenciais para a formulação de políticas públicas, o desenvolvimento de programas de prevenção e o aprimoramento dos serviços de apoio às vítimas. Além disso, a notificação adequada das violências permite a identificação de padrões e tendências ao longo do tempo, o que pode orientar a alocação de recursos e a implementação de medidas preventivas direcionadas[2].

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na identificação e notificação das violências dada a sua posição privilegiada como profissionais de saúde que frequentemente têm contato direto e contínuo com as vítimas. A sua capacidade de estabelecer uma relação de confiança com os pacientes proporciona uma oportunidade única para detectar sinais e sintomas de violência e oferecer o suporte necessário[3]. Considerar que a vítima deve ser atendida prioritariamente por profissionais de saúde que tenham instruções ou a capacitação suficiente para se fornecer a melhor assistência possível é um aspecto fundamental[4].

Todavia, o serviço de saúde enfrenta uma série de desafios na realização da notificação das violências, o que pode comprometer a precisão e a abrangência dos dados registrados. Dentre essas dificuldades, destaca-se a falta de capacitação dos profissionais de saúde para identificar adequadamente casos de violência e realizar a notificação de forma adequada[5]. Além disso, a subnotificação também pode ser atribuída à falta de profissionais de saúde aptos a realizar a notificação trazendo reflexos negativos na vigilância epidemiológica, tendo em vista que dentro da saúde os maiores notificadores são apenas os enfermeiros. A minoria dos casos são notificados pelos profissionais médicos, por exemplo[6].

A subnotificação dos agravos, de uma maneira geral, tem sido associadas à complexidade dos agravos, dificuldade na identificação dos casos e a falta de rotinas e protocolos no serviço[7], podendo influenciar negativamente a identificação e notificação de casos de violência. Essas dificuldades destacam a necessidade de investimentos em treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, bem como a implementação de políticas e diretrizes

claras para melhorar a notificação das violências e garantir uma resposta adequada a esse grave problema de saúde pública.

Diante desse contexto, ter um Formulário Digital disponível a todo momento nos dispositivos eletrônicos para profissionais notificadores, que ensine e oriente o preenchimento correto da notificação compulsória para violência, pode beneficiar a qualidade dos processos de saúde, bem como contribuir para inserção das vítimas na rede de cuidados à saúde.

Nesse cenário, utilizar a tecnologia em saúde como ferramenta de suporte para preenchimento de dados e gestão de informações, pode ser uma alternativa de substituição dos tradicionais formulários em papel por versões eletrônicas acessíveis por dispositivos como smartphones, tablets e computadores, proporcionando uma coleta de dados mais rápida, precisa e segura[8]. Além disso, os formulários digitais permitem a integração com sistemas de saúde eletrônicos, possibilitando o compartilhamento de informações entre diferentes profissionais e serviços de saúde, o que contribui para uma assistência mais coordenada e eficiente[9].

Somando-se a isso o desenvolvimento de tecnologias por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) concebe importante melhoria para a implementação de políticas que visam ampliar e aprimorar as tecnologias nas práticas assistenciais, gerenciais e educacionais[10]. Os avanços tecnológicos contribuem com a formação e valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas com a organização do processo de trabalho, a fim de formar profissionais com uma visão integral e holística do cuidado[11].

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo desenvolver um Formulário Digital para orientação dos profissionais de saúde e demais notificadores acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal ou autoprovocada.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo metodológico para desenvolvimento tecnológico de um Formulário digital interativo de orientação do profissional de saúde e demais profissionais notificadores, acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal ou autoprovocada no sistema de informação em saúde e-SUS Vigilância em Saúde (VS), visando qualificar os dados inseridos nas fichas de notificação de violências, dando suporte a esses profissionais, para que haja inserção das vítimas na rede de cuidados através da notificação.

O e-SUS VS é a primeira iniciativa no âmbito estadual no Brasil voltada para a vigilância. É um sistema capixaba desenvolvido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que substitui o modelo conhecido como Sistema de Informação

de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde, utilizado anteriormente no estado[12].

O e-SUS VS foi instruído em todo território capixaba no início de 2020 como o novo sistema de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde voltados aos serviços de saúde pública e privada[13]. Presente nos 78 municípios do Estado, o e-SUS VS caracteriza-se pela inovação no que tange a velocidade com que a informação é encaminhada aos gestores e aos profissionais de saúde da área da Vigilância e da Atenção Primária. É um serviço que está disponível 24 horas e, em qualquer lugar e horário que se notifica, conseguimos ter acesso imediatamente, saber onde aconteceu[12,13].

Para o desenvolvimento do formulário orientativo digital interativo foram consideradas as cinco etapas apresentadas a seguir:

- **Etapa 1:** seleção do conteúdo, onde foi utilizado o manual instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Ministério da Saúde (VIVA)[14];

- **Etapa 2**: seleção da plataforma digital, onde foi iniciada a construção do Formulário através da plataforma Google Forms, com atributos de gerenciamento do diálogo e comunicação textual;

- **Etapa 3**: roteirização e criação de uma sequência estrutural do diálogo da conversação usuário-formulário vinculando cada orientação de acordo com as respostas do usuário. Nessa etapa, o formulário foi dividido em 24 sessões contendo opções para dúvidas e questionamentos dentro de cada uma delas, onde cada resposta é vinculada a uma orientação específica. As sessões de 1 a 4 contêm informações iniciais e esclarecimentos acerca do formulário e das notificações. A sessão de número 5, é a sessão definidora para indicar sobre a região da ficha onde o notificador possui dúvidas ou necessita de orientações. Essas dúvidas e orientações podem ser selecionadas entre: Dados Gerais ou Notificação Individual; Dados de Residência; Dados da Pessoa Atendida; Dados da Ocorrência; Dados da Violência; Violência Sexual, Dados do(a) Provável Autor(a) da Violência; Encaminhamento e Dados Finais; e Considerações Finais. Por fim, as orientações sobre cada uma das opções definidoras descritas acima estão presentes no decorrer das sessões entre a 6ª e a 24ª.

- **Etapa 4:** consistiu-se na inserção de elementos que mimetizam a conversação humana, coerência semântica, exatidão do conteúdo, adequação da estrutura do diálogo em função da cordialidade e fluidez[15];

- **Etapa 5**: estabeleceu-se contato com especialistas na temática, integrantes do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) da Universidade Federal do Espírito Santo, para que se realizasse a avaliação do formulário. Para isso foi enviado

digitalmente o próprio formulário, juntamente com uma carta explicando os objetivos da pesquisa a 16 especialistas, que avaliaram cada item, quanto: adequado, parcialmente adequado ou inadequado no que se refere à pertinência, objetividade, clareza, simplicidade, exequibilidade e vocabulário. Havia também, ao final, por meio de uma questão aberta, um espaço para sugestões para o formulário como um todo.

Como resultado da avaliação dos especialistas, alguns itens das sessões iniciais foram reconfigurados, itens da sessão número 5 foram aprimorados, e orientações entre as sessões 6 e 24 foram modificadas, entretanto, para todos os 16 especialistas o formulário estava adequado, pertinente, de fácil entendimento, claro e exequível.

Ao final de 8 meses de aprimoramento, o formulário digital de apoio à notificação de violência para os profissionais notificadores foi finalizado e pode ser acessado por meio de um *link* específico para qualquer dispositivo móvel ou computador. O *link* leva o usuário à interface direta do Formulário (https://forms.gle/DQD9ka5vfsaEPz8o7). Por se tratar de um produto obtido a partir de uma plataforma Google, não é necessário registro de software. A tecnologia estará disponível para todas as pessoas.

Resultados

O Formulário digital para orientação do profissional de saúde e demais profissionais notificadores, acerca do preenchimento correto das fichas de notificação para violência interpessoal ou autoprovocada no sistema e-SUS VS visa contribuir com a realização das notificações e qualificação dos dados inseridos nas fichas de notificação de violências, dando suporte aos profissionais que notificam. Ao ingressar no formulário por meio do link de acesso (https://forms.gle/DQD9ka5vfsaEPz8o7), a interface mostrada na Figura 1 estará disponível. Ao início temos a finalidade da tecnologia e a solicitação para ajudar o usuário a realizar a notificação.

Figura 1 – Apresentação da primeira página do formulário instrutivo

Logo após concordar em receber ajuda para realizar a notificação, o usuário é direcionado para a segunda página do formulário que traz a definição das violências Interpessoal e Autoprovocada (Figura 2).

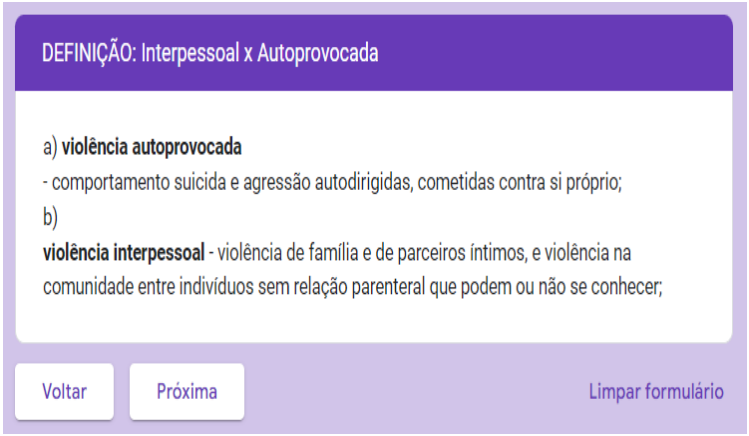


Figura 2 – Apresentação da definição de violência autoprovocada e interpessoal de acordo com o Instrutivo VIVA (2016).

As informações sobre quem deve-se notificar para as violências e os tipos de violência de interesse do SUS são abordadas em seguida. A Figura 3 representa esta observação dentro da interface de orientações do formulário. É necessário ressaltar que na violência extrafamiliar, os homens que possuem entre 20 e 59 anos, não são passíveis de notificação de acordo com o instrutivo de notificação de violência do Ministério da Saúde - VIVA[14].

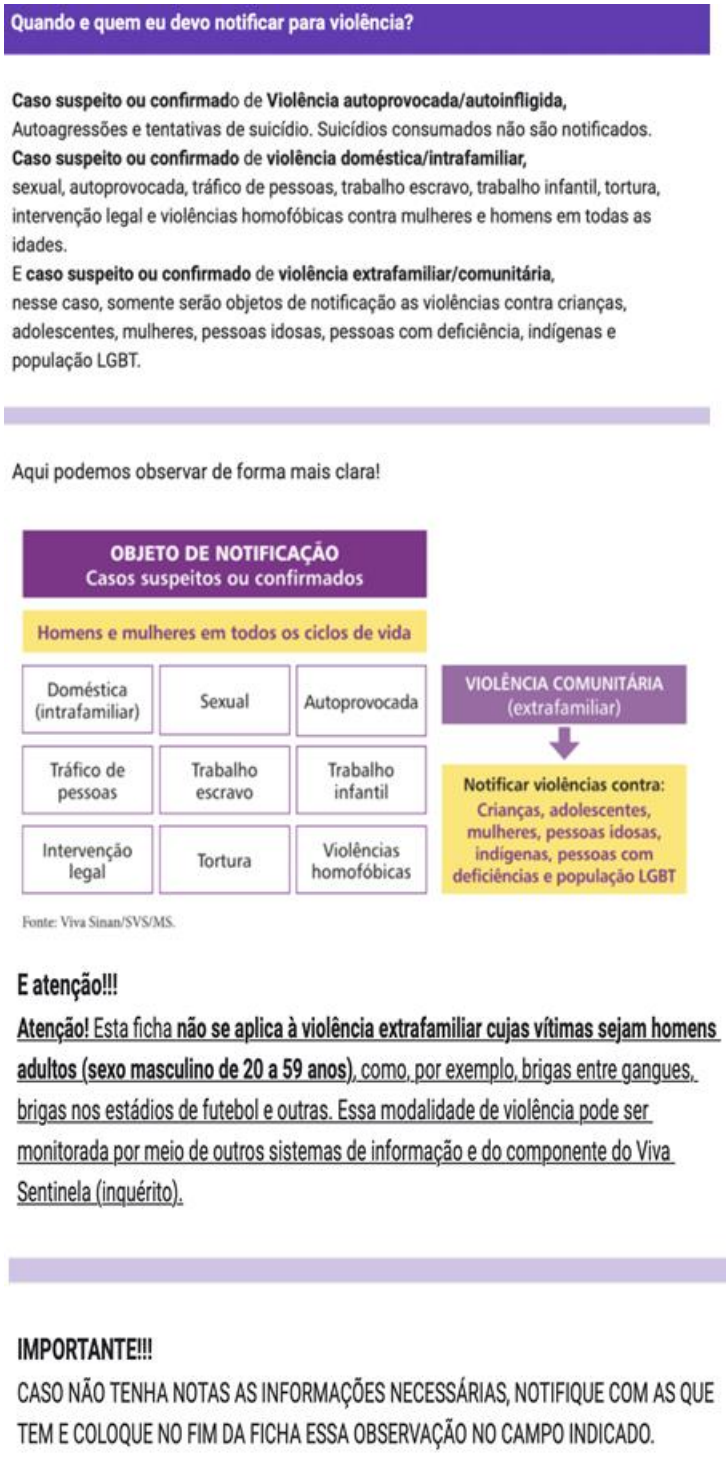


Figura 3 – Apresentação sobre o público alvo a ser notificado.

Após tais esclarecimentos, o formulário digital disponibiliza novamente as opções de temáticas onde podem surgir as dúvidas ou necessidade de orientação ao preencher a ficha de notificação de violência de acordo com as informações que a ficha exige para o seu preenchimento. Ao acessar alguma dessas opções, o usuário é direcionado aos esclarecimentos e orientações de cada campo de preenchimento da ficha, dentro da temática de sua dúvida. Ao

final de cada bloco de esclarecimentos e orientações existe a opção de selecionar mais temáticas para esclarecimentos (Figura 4).

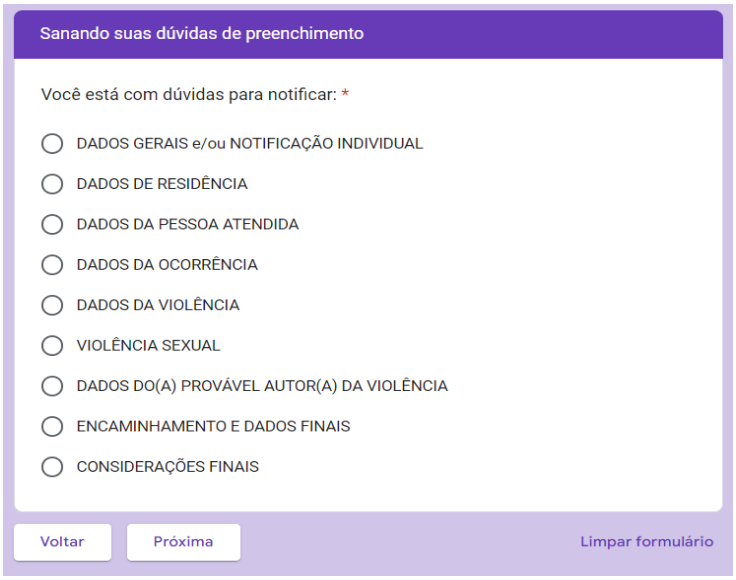


Figura 4 – Opções para dúvidas de acordo com os blocos da ficha de notificação.

Ao final do formulário, após o esclarecimento de todas as dúvidas, existe uma interface de considerações finais, como mostra a Figura 5. Por meio dela, é possível que o notificador envie a sua dúvida que, por algum motivo, não tenha sido sanada, ou que envie sugestões, comentários e mensagens.

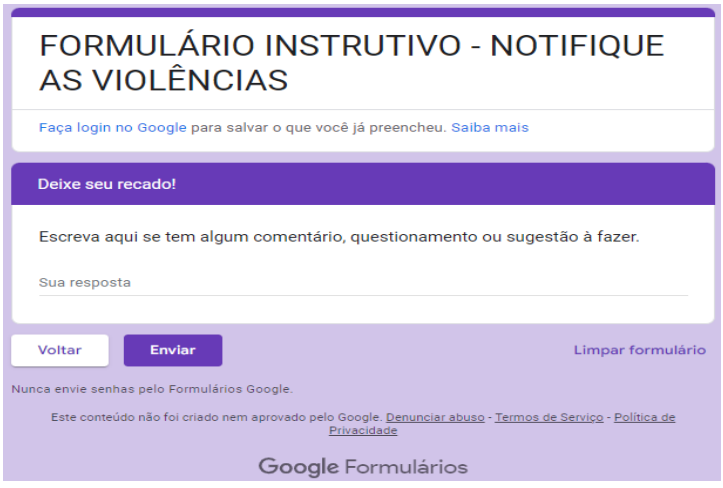


Figura 5 – Interface final do formulário.

O formulário está disponível em: https://forms.gle/DQD9ka5vfsaEPz8o7.

Discussão

O presente formulário foi criado a fim de facilitar o preenchimento da ficha de notificação e, consequentemente, contribuir com a qualidade dos dados registrados. Além disso, com a notificação dos casos de violência à autoridade de saúde, oportuniza-se a inserção das vítimas na rede de cuidados e proteção.

É importante destacar que um formulário para orientação aos profissionais de saúde é projetado para fornecer diretrizes, instruções ou informações relevantes sobre procedimentos, protocolos ou práticas clínicas específicas, e que são frequentemente utilizados em diversos aspectos do cuidado ao paciente.

Um formulário digital é uma versão eletrônica de um formulário tradicional em papel. Estudos ressaltam a importância da utilização de formulários orientativos na padronização de práticas clínicas e na promoção de uma assistência de saúde de qualidade e segura[16].

No que tange ao formulário digital para a notificação de violência, essa ferramenta é de grande importância, visto que a ficha de notificação compulsória é o instrumento utilizado para a inserção da vítima na rede de cuidados e seu preenchimento se faz obrigatório por meio da Portaria nº 104 de 2011 do Ministério da Saúde[17] que trouxe o caráter obrigatório para as notificações de casos suspeitos e confirmados de violência nos serviços de saúde do Brasil e a Lei estadual 11.147 de 2020[18], juntamente com a portaria nº 72-R de 2022[19] que dispuseram sobre a obrigatoriedade da notificação das violências por todas instituições de saúde, educação, assistência social e conselho tutelar no Espírito Santo, utilizando o Sistema de Informação em Saúde e-SUS VS, como o único Sistema Oficial para a notificação compulsória no estado a partir de 2020, segundo a Portaria Nº 001-R de 03 de Janeiro de 2020[13].

A complexidade da violência está entre um dos maiores desafios para os profissionais, sendo cada vez mais estudado no âmbito da saúde devido seu impacto social e econômico[20]. Destaca-se o quanto a violência acarreta graves danos a saúde da vítima, como o apresentado em recente estudo que aponta que mulheres vitimizadas, física ou sexualmente, por seus companheiros, estão mais vulneráveis à não realização do exame de Papanicolau e, consequentemente, têm menos oportunidades de detecção precoce do câncer de colo do útero[21].

Outros achados revelam como mulheres expostas à violência ao longo da vida por seus parceiros possuem maiores prevalências de abortamento[22], e utilizam medicamento indutor do sono com mais frequência[23], bem como apresentam maiores prevalências de sintomas depressivos pós-parto[24].

Entre adolescentes, há dificuldade manter relações sociais de forma saudável, aumento nas chances de ter ideação suicida, transtornos de humor e comportamento, de fugir de casa, fazer uso de álcool e outras drogas, de ter baixo rendimento e dificuldade em manter as atividades escolares, de ter uma gravidez indesejada, de não fazer uso de preservativo em suas relações sexuais, de sofrer violência em suas relações afetivas, de aderir a comportamentos violentos e de ter contato com a justiça criminal[25].

Nesse cenário, os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, são fundamentais na realização da notificação correta das violências, conforme exigido por protocolos e legislações específicos, garantindo que os casos sejam registrados adequadamente e encaminhados aos órgãos competentes para investigação e intervenção[2].

Além disso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), dispões que os enfermeiros devem fornecer uma assistência livre de danos de negligências, imprudência ou imperícia, além de proibir que o profissional enfermeiro seja complacente e provoque ou seja negligente com os casos de violência, dessa forma, deixar de notificar ou negligenciar um caso de violência estão violando seus deveres éticos[26].

O atendimento da vítima de violência precisa ser estimulado entre as equipes de saúde garantindo o sigilo profissional e o protagonismo da vítima[27]. Ao integrar a notificação das violências em sua prática clínica, os profissionais contribuem para uma resposta mais abrangente e eficaz ao problema, ajudando a proteger as vítimas, prevenir casos futuros e promover a conscientização sobre a importância de enfrentar a violência em todas as suas formas[28]. Exposto isso, faz-se inquestionável a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com as situações de violência, reforçando os deveres os deveres, a ética e a responsabilidades públicas[39], bem como é de suma importância que os dados preenchidos na ficha estejam qualificados, especialmente para a obtenção de dados fidedignos para criação de políticas públicas de saúde.

Limitações do estudo

Quanto às limitações deste estudo, o usuário não consegue acessar o formulário caso não tenha acesso a um smartphone, tablet, notebook ou computador com acesso à internet. As pessoas com deficiência visual, por sua vez, também não conseguiram utilizar o formulário devido à falta de recurso por voz. Apesar das presentes limitações, vale destacar que o formulário apresenta inúmeras contribuições para a prática clínica, não só na qualificação do registro dos dados, como na maior agilidade no preenchimento, podendo contribuir com a otimização do atendimento às vítimas.

Contribuições para a prática

Este formulário digital interativo abarca todos os tópicos da ficha de notificação de violência, dessa forma oportuniza o esclarecimento de dúvidas, facilitando o preenchimento da ficha, visto ser um suporte para o preenchimento correto, e, consequentemente a obtenção de dados qualificados e mais fidedignos das violências, fato este essencial para a construção de políticas de enfrentamento, prevenção e cuidados às vítimas desse grave problema de saúde. Além disso, com a notificação dos casos de violência à autoridade de saúde, oportuniza-se a inserção das vítimas na rede de cuidados e proteção, contribuindo para a ruptura do ciclo de violência.

Conclusão

O desenvolvimento do formulário digital para apoio aos profissionais notificadores de violência representa uma tecnologia de grande relevância para processo de notificação e, desse modo, uma ferramenta a contribuir para as exigências legais a serem cumpridas: a realização da notificação compulsória das violências interpessoais e autoprovocadas. Essa tecnologia, gratuita, pode ainda auxiliar na captação de dados mais qualificados, contribuindo com o aprimoramento e elaboração das políticas de enfrentamento, prevenção e cuidado às pessoas em situação de violência.

As vigilâncias epidemiológicas, gestores e equipes notificadoras podem também utilizar essa importante ferramenta de treinamento para auxiliar no processo de capacitação das equipes em todos os níveis de atenção à saúde.

Referências

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0.

2. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Genefa: World Health Organization; 2016.

3. Matos LS, Sales Junior AF. Nursing care for individuals who are victims of sexual violence. Rev enferm UFPE online. 2021;15(2):e245695 DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245965

4. Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, Gomes GC, Fonseca AD. Ethical and legal aspects in nursing care for victims of domestic violence. Textocontexto-enferm. 2017;26(3):e6770015. DOI: 10.1590/0104-07072017006770015

5. Pereira ACC, Cruz MAC, Rios AR, Silva BL, Andrade BG, Lima BLG, et al. Abordagem da violência doméstica contra a mulher na atenção primária à saúde: aspectos relacionados à inexperiência médica. REAS. 2020:12(10):e4580 DOI: 10.25248/reas.e4580.2020.

6. Melo MAS, Coleta MFD, Coleta JAD, Bezerra JCB, Castro AM, Melo ALS et al. Perception of health professionals about the factors associated with underreporting in the National System of Notification Diseases. Rev. Adm. Saúde. 2018;18(71). DOI: 10.23973/ras.71.104

7. Santos ML. Fatores associados à subnotificação de Tuberculose e Aids, durante os anos de 2001 a 2010, a partir do Sinan [dissertação de mestrado]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

8. Kelley TF, Brandon DH, Docherty SL. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. J Nurs Scholarsh. 2011;43(2):154–162. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x

9. Tubaishat A. Evaluation of Electronic Health Record Implementation in Hospitals. CIN: Computers, Informatics, Nursing. July 2017;35(7):364-72 DOI: 10.1097/CIN.0000000000000328

10. Moura DCA, Martins NA, Resende TM, Parreira PMSD, Sena CA, Greco RM. Design processoof a technology for the care in nursing and health. Ciênc.Cuid.Saúde. 2016;15(4):774-9. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v15i4.29456

16. Moraes De Sabino LM, Magalhães Brasil DR, Áfio Caetano J; Lavinas Santos MC, Santos Alves MD. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. Aquichan. 2016;16(2):230-9. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.10.

11. Millão LF, Vieira TW, Santos NDD, Silva APSSD, Flores CD. Integração de tecnologias digitais no ensino de enfermagem: criação de um caso clínico sobre úlceras por pressão com o software SIACC. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro. Abril de 2017;11(1):1-12. DOI: 10.29397/reciis.v11i1.1189.

12. Governo do Estado do Espírito Santo [Internet]. Sistema capixaba de vigilância em saúde é a primeira iniciativa no âmbito estadual no Brasil. c2015-2023. Janeiro de 2020 [citado em set 2023]. Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado de Saúde;[1 tela]. Disponível em: https://www.es.gov.br/Noticia/sistema-capixaba-de-vigilancia-em-saude-e-a-primeira-iniciativa-no-ambito-estadual-no-bras

13. Espírito Santo. Portaria nº 001-R de 03 de Janeiro de 2020, que institui o Sistema de Informação em Saúde e-SUS (VS) como o único Sistema Oficial para a notificação compulsória no Espírito Santo. Diário Oficial dos Poderes do Estado do Espírito Santo. Espírito Santo A, Vitória-ES. 2020;7.

14. Brasil. Viva: Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

15. Lévy, P. IEML: rumo a uma mudança de paradigma na Inteligência Artificial a Matrizes. Universidade de São Paulo São Paulo. 2022;16(1):11-34. DOI: 10.11606/issn.1982-8160.v16i1p11-34

17. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. 2011.

18. Espírito Santo. Lei Estadual nº 11.147, de 08 de julho de 2020. Define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde, instituição de ensino e assistência social, de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do Estado do Espírito Santo. Diário Oficial dos Poderes do Estado do Espírito Santo. Edição N°25.274. Vitória: 2020.

19. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 072-R, de 3 de maio de 2022. Diário Oficial dos Poderes do Estado. Vitória. 3 de maio de 2022.

20. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. Saúde Colet., Genebra: OMS, 2007;11(esp):1163-78. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500007

21. Leite FMC, Amorim MHC, Gigante DP. Implication of violence against women on not performing the cytopathologic test. Rev Saúde Pública [Internet]. 2018;52:89. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000496

22. Leite FMC, Paiva KR, Pampolim G, Laignier MR, Lima EFA. Prevalência e fatores associados ao abortamento entre usuárias dos serviços de saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2021;13:1172–8. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9216.

23. Leite FMC, Xavier JCS, Silva R de P, Wandekoken KD, Tavares FL, Amorim MHC. Prevalência e fatores associados ao uso de medicamento indutor do sono entre mulheres assistidas na Atenção Primária à Saúde: estudo transversal em Vitória, Espírito Santo, 2014. Epidemiol Serv Saúde. 2022;31(1):e2021347. DOI: 10.1590/S1679-49742022000100016

24. Santos DF, Silva RDP, Tavares FL, Primo CC, Maciel PMA, Souza RSD, et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. Epidemiol. Serv. Saude. 2021;30(4):e20201064.

25. Luis MA, Fiorotti KF, Ribeiro LEP, Leite FMC. Revisão sistemática sobre o impacto social e de saúde da violência doméstica para os adolescentes. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2022;24(1):173-92. DOI: 110.47456/rbps.v24i1.35617

26. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº564/2017. Brasília: COFEN; 2017.

27. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2018.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações paranotificação e atendimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

29. Oliveira BG, Freire IV, Assis CS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Responsibility of health professional sinthenotification of cases of violence. RevBioét. 2018;26(3):403-11. DOI: 10.1590/1983-80422018263260

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que, ao longo dos anos, houve um aumento importante da taxa de notificação de violência. É possível notar também uma diferença entre as notificações de acordo com o grupo etário. Dessa forma, faz-se absolutamente necessário que as taxas por ciclo de vida sejam estudadas. Percebe-se, ainda, que os idosos são grupos mais vulneráveis e que há diferenças entre as taxas de notificação nos municípios, evidenciando a complexidade do fenômeno da violência e da importância de análises específicas.

O mapeamento das taxas de notificação de violência no Estado do Espírito Santo evidenciado neste estudo contribui para demostrar de forma clara a distribuição da notificação das violências em cada município, e reforça a necessidade de investimentos em capacitações e treinamentos acerca na notificação das violências. É importante observar que as taxas de notificação de violência de cada munícipio não demonstram que temos municípios violentos, mas, sim, sinaliza a oportunidade de oferta de cuidado e o cumprimento da lei de notificação das violências interpessoais e autoprovocadas.

Espera-se que esses resultados subsidiem gestores, profissionais da saúde, educação e assistência social no processo de tomada de decisão para a elaboração de estratégias de enfrentamento à violência.

O desenvolvimento do formulário digital para apoio aos profissionais notificadores de violência representa uma tecnologia de grande relevância para processo de notificação e, desse modo, uma ferramenta a contribuir para as exigências legais a serem cumpridas: a realização da notificação compulsória das violências interpessoais e autoprovocadas. Essa tecnologia, gratuita, pode ainda auxiliar na captação de dados mais qualificados, contribuindo com o aprimoramento e elaboração das políticas de enfrentamento, prevenção e cuidado às pessoas em situação de violência.

As vigilâncias epidemiológicas, gestores e equipes notificadoras podem também utilizar essa importante ferramenta de treinamento para auxiliar no processo de capacitação das equipes em todos os níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, G.C.; FONSECA, A.D. Ethical and legal aspects in nursing care for victims of domestic violence. **Textocontexto-enferm**. vol. 26, n. 3, 2017, e6770015. DOI: 10.1590/0104-07072017006770015

AVANCI, J.; ASSIS, S.; OLIVEIRA, R. A cross-sectional analysis of women's mental health problems: examining the association with different types of violence among a sample of Brazilian mothers. **BMC Women's Health**. Vol. 13, 2013, p. 20.

AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, 2017, p. 2825-2840.

BAHIA, C. A.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L.; MINAYO, M. C. S. Self-harm throughout all life cycles: profile of victims using urgent and emergency care services in Brazilian state capitals. **Cien Saúde Colet** [Internet]. Vol. 22, n. 9, 2017, p. 2841-2850. DOI: 10.1590/141381232017229.12242017

BARROS, A. C. M. W.; DESLANDES, S. F.; BASTOS, O. M. Family violence in a sample of children and adolescents with disabilities. **Cad Saude Publica**, v. 32, n. 6, 2016, p. 1-7. DOI: 10.1590/0102-311X00090415

BAZARGAN-HEJAZI, S.; MEDEIROS, S.; MOHAMMADI, R.; LIN, J.; DALAL, K. Patterns of intimate partner violence: a study of female victims in Malawi. **J Inj Violence Res**. Vol. 5, n. 1, 2013, p. 38-50.

BOTELLO-PEÑALOZA, H.A.; GUERRERO-RINCÓN, I. Incidencia de la violencia física en la población LGBT en Ecuador. **Civilizar** Vol. 18, n. 35, 2018, p. 129-138. DOI: 10.22518/usergioa/jour/ccsh/2018.2/a10

BRASIL. Senado. **Estatuto do idoso**. Brasília: Senado Federal, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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 16/5/01, publicada no DOU n.o 96 seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005b.

BRASIL. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília: MS; 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.** Brasília: MS; 2010c.

BRASIL. **Portaria nº 104**, de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Viva**: Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para notificação e atendimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. **Viva Inquérito 2017**: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

BRASIL. **Disque direitos humanos**: Relatório 2019. Brasília: Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 420**, de 2 de março de 2022 DOU publicado em 04/03/2022. Ed. 43. Seção 1. Pág. 56. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BULERIANO, L.P. et al. Os impactos da violência vivenciada na gestação na saúde da mulher: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, vol. 24, n. 2, 2022, p. 125-134.

CARDOSO LPM, OLIVEIRA LP, MACEDO VNS, et al. Enfermagem perante as vítimas de violência em urgência e emergência. **Rev enferm UFPE on line**. Vol. 15, n. 2, 2021, e246607. DOI: 10.5205/1981-8963.2021.246607

CECCON, T. P. et. al. Experiências De Mulheres Acerca da Violência Cometida por Parceiro Íntimo. In: CAVALCANTI, S.A.U. (org). **Prevenção e enfrentamento de violências**: experiências e produção do conhecimento no âmbito das políticas públicas no Brasil. Ponta Grossa: Atena, 2021, p. 12-24.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2024**. São Paulo: FBSP, 2024.

CHAKIAN, S. Lei Maria da Penha: um basta à tolerância e banalização da violência contra a mulher. In: Instituto Patrícia Galvão (Org.). **Violência doméstica e familiar contra a mulher** – Um problema de toda a sociedade. São Paulo: Paulinas, 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº564/2017**. Brasília: COFEN; 2017.

CRUZ, D.M.C.; SILVA, J.T.; ALVES, H.C. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.13, n.1, 2007, p.131-146.

SILVA, Edson Alexandre; FRANÇA, Lucia Helena de Freitas Pinho. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 1, 2015, p. 155-177.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Colet**. Vol. 11, n. esp, 2007, p. 1163-78. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500007

OLIVEIRA, Erick Verner et al. Fatores socioeconômicos e saúde de crianças em contexto de violência. **Aletheia**, v. 54, n. 1, 2021.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad Saude Publica**. Vol. 16, n. 1, p. 129-37, 2000.

DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Cienc Saude Coletiva**. Vol. 4, n. 1, 1999, p. 81-94.

DUQUE, B.L.T.; PEDROSO, M.R.O.; SILVA, P.F.; OLIVEIRA, T.M.; CECCON, T.P.; ALMEIDA, M.V.S.; LEITE, F.M.C. População homossexual, bissexual, travesti e transexual: Caracterizando os casos notificados de violências. In: CAVALCANTI, S.A.U. (org) **Diversidade e inclusão**: questões políticas, históricas e culturais. Ponta Grossa: Atena, nov. 2023, p. 14-24. DOI: 10.22533/at.ed.8252316112

ESPÍRITO SANTO. Lei Estadual nº 11.147, de 08 de julho de 2020. Define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde, instituição de ensino e assistência social, de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do Estado do Espírito Santo. Diário Oficial dos Poderes do Estado do Espírito Santo. Edição N° 25.274. Espírito Santo B, Vitória-ES. 2020b.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria Nº 001-R** de 03 de Janeiro de 2020. que institui o Sistema de Informação em Saúde e-SUS VS como o único Sistema Oficial para a notificação compulsória no Espírito Santo. Diário Oficial dos Poderes do Estado do Espírito Santo. Pag. 07. Espírito Santo A, Vitória-ES. 2020c.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. **Sistema capixaba de vigilância em saúde é a primeira iniciativa no âmbito estadual no Brasil**. 2015-2023. Janeiro de 2020. Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado de Saúde;[1 tela].

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 072-R,** de 3 de maio de 2022. Diário Oficial dos Poderes do Estado. Vitória. 3 de maio de 2022.

FERRAZ, M.I.R.; LACERDA, M.R.; LABRONICI, L.M.; MAFTUM M.A.; RAIMONDO, M.L. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enfermagem**. vol. 14, n. 4, p. 755-59, 2009.

GADELHA, Joanna Paula Moraes et al. Contribuição dos profissionais de saúde no preenchimento da notificação para estudo da violência contra crianças e adolescentes no ambiente hospitalar: um protocolo de revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e282111234473-e282111234473, 2022.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafıos do profıssional de saúde na notifıcação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015, p. 1879-1890.

GARCÍA-MORENO, C.; JANSEN, H.A.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS, C.H. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, vol. 368, n. 9543, 2006, p. 1260-1269.

GARCÍA-MORENO, C; PALLITO, C; DEVRIES, K. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genebra, Suíça: World Health Organization, 2013.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; MONTEIRO, R.A. Mortes violentas e subseqüentes hospitalizações por lesões no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 12, n. 2, 1996, p. 21-29.

GILSON, E.C. Vulnerability and Victimization: Rethinking Key Concepts in Feminist Discourses on Sexual Violence. **Signs**. Vol. 42, n. 1, 2016, p. 71-98.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, n. 1, 2014, p. 61-73. DOI: 10.1590/S0103-20702014000100005

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**, Panorama do estado do Espírito Santo. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. **Espírito Santo**. Brasília: IBGE, 2022.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Ipea Geo**. Brasília: IPEA, 2022.

KELLEY, T.F.; BRANDON, D.H.; DOCHERTY, S.L. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. **J Nurs Scholarsh**. Vol. 43, n. 2, 2011, p. 154–162. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x

KRUG, E.G.; MERCY, J.A.; DAHLBERG, L.L.; ZWI, A.B. **The world report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

LEGANO, L. A. et al. Council on child abuse and neglect and council on children with disabilities. **Pediatrics**, v. 147, n. 5, e2021050920, 2021.

LEITE, F.M.C.; AMORIM, M.H.C.; GIGANTE, D.P. Implication of violence against women on not performing the cytopathologic test. **Rev Saúde Pública**. Vol. 52, 2018, p. 89. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000496

LEITE, F.M.C.; PAIVA, K.R.; PAMPOLIM, G.; LAIGNIER, M.R.; LIMA, E.F.A. Prevalência e fatores associados ao abortamento entre usuárias dos serviços de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Vol. 13, 2021, p. 1172–8. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9216.

LEITE, F.M.C.; XAVIER, J.C.S.; SILVA, R.P.; WANDEKOKEN, K.D.; TAVARES, F.L.; AMORIM, M.H.C. Prevalência e fatores associados ao uso de medicamento indutor do sono entre mulheres assistidas na Atenção Primária à Saúde: estudo transversal em Vitória, Espírito Santo, 2014. **Epidemiol Serv Saúde**. Vol. 31, n. 1, 2022, e2021347. DOI: 10.1590/S1679-49742022000100016

LEITE, F. M. C.; SANTOS, D. F.; RIBEIRO, L. A.; TAVARES, F. L.; CORREA, E. S.; RIBEIRO, L. E. P.; PEDROSO, M. R. D. O. Análise dos casos de violência interpessoal contra mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, v 36, 2023.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; GIGANTE, D. P. Implicações das violências contra as mulheres sobre a não realização do exame citopatológico. **Rev. Saúde Pública**, p. 52–89, São Paulo, 2018.

LEITE, F. M. C.; PAIVA, K. R.; PAMPOLIM, G. .; LAIGNIER, M. R.; LIMA, E. F. A. Prevalência e fatores associados ao abortamento entre usuárias dos serviços de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 1172–1178, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9216.

LEVANDOWSKI, Mateus Luz et al. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021, e00140020.

LÉVY, P. IEML: rumo a uma mudança de paradigma na Inteligência Artificial a Matrizes. **Matrizes.** São Paulo. Vol. 16, n. 1, 2022, p. 11-34. DOI: 10.11606/issn.1982-8160.v16i1p11-34

LIMA, Cláudia Araújo de. et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasil: Ministério da Saúde, 2006

LUIS, M.A.; FIOROTTI, K.F.; RIBEIRO, L.E.P.; LEITE, F.M.C. Revisão sistemática sobre o impacto social e de saúde da violência doméstica para os adolescentes. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, vol. 24, n. 1, jan-mar, 2022, p. 173-192. DOI: 110.47456/rbps.v24i1.35617

MACINKO, James. Avanços na vigilância da saúde pública brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, 2015, p. 628-629.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)-Brasil, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, 2009, p. 17-28.

MATOS, L.S.; SALES JUNIOR, A.F. Nursing care for individuals who are victims of sexual violence. **Rev enferm UFPE online**. Vol. 15, n. 2, 2021, e245695 DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245965

MELLO, N. F. de. et al. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, n. 3, 2021, e2020747.

MELO, M.A.S.; COLETA, M.F.D.; COLETA, J.A.D.; BEZERRA, J.C.B.; CASTRO, A.M.; MELO, A.L.S. et al. Perception of health professionals about the factors associated with underreporting in the National System of Notification Diseases. **Rev. Adm. Saúde**. Vol. 18, n. 71, 2018. DOI: 10.23973/ras.71.104

MELO, Rosana Alves de et al. Rede de proteção na assistência às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020, e20190380.

MILLÃO, L.F. et al. Integração de tecnologias digitais no ensino de enfermagem: criação de um caso clínico sobre úlceras por pressão com o software SIACC. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, abr. 2017, p. 1-12. DOI: 10.29397/reciis.v11i1.1189

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência: Um problema de saúde dos brasileiros. In: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 9-43.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilza Ramos de. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

MIRANDA, Ludmilla Laura et al. Violência contra crianças e adolescentes em tempos de pandemia: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, 2022, p. e435111234683-e435111

MISKOLCI, R.; SIGNORELLI, M. C.; CANAVESE, D.; TEIXEIRA, F. B.; POLIDORO M, MORETTI-PIRES RO, et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciênc Saúde Coletiva**. Vol. 27, 2022, p. 3815-3824. DOI: 10.1590/1413-812320222710.06602022

MOURA, D.C.A.; MARTINS, N.A.; RESENDE, T.M.; PARREIRA, P.M.S.D.; SENA, C.A.; GRECO, R.M. Design processoof a technology for the care in nursing and health. **Ciênc.Cuid.Saúde**. Vol. 15, n. 4, 2016, p. 774-9. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v15i4.29456

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**. Vol. 21, n. 4, 2005, p. 1124-33.

NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde. In: CAVALCANTE, F. G.; BASTOS, O. M. **Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007, p. 267-295. DOI: 10.7476/9786557080948

NOCK, M. K.; BORGES, G.; BROMET, E. J.; CHA, C. B.; KESSLER, R. C.; LEE, S. Suicide and suicidal behavior. **Epidemiol. Rev.** Vol. 30, 2008, p. 133-54. DOI: 10.1093/epirev/mxn0027.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, 2016, p. 871-880.

OLIVEIRA, B.G.; FREIRE, I.V.; ASSIS, C.S.; SENA, E.L.S.; BOERY, R.N.S.O.; YARID, S.D. Responsibility of health professional sinthenotification of cases of violence. **RevBioét**. Vol. 26, n. 3, 2018, p. 403-11. DOI: 10.1590/1983-80422018263260

OLIVEIRA, Erick Verner et al. Fatores socioeconômicos e saúde de crianças em contexto de violência. **Aletheia**, v. 54, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, N. F. et al. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 1, 2020, e2018438.

OLIVEIRA, R. H.; FONSECA, R. M. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 2, 2014, p. 32-9.

OPAS. Organização Pan-Americada de Saúde. **Folha Informativa** – Violência Contra as Mulheres. Atualizada em novembro de 2017. Brasília: OMS/OPAS, 2017.

PAMPOLIM, G., PEDROSO, M. R. D. O., SANTOS, D. F., & LEITE, F. M. C. Análise da violência interpessoal e autoprovocada na pessoa idosa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v 31. 2023. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2022-0198pt

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexua**l. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2018.

PASINATO, Wânia; MACHADO, Bruno; ÁVILA, T.P. Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher. **Direito, Transdisciplinaridade e Pesquisas Sociojurídicas**, v. 6, 2019.

PAUNGARTNER, Luciana Medeiros et al. Análise epidemiológica das notificações de violência contra crianças e adolescentes no Brasil de 2009 a 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, 2020, e4241.

PEDROSA, M. R. O.; LEITE, F. M. C. Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 30, n. 3, 09 Jul 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000300003

PEREIRA, A.C.C. et al. Abordagem da violência doméstica contra a mulher na atenção primária à saúde: aspectos relacionados à inexperiência médica. **REAS**. Vol. 12, n. 10, 2020, e4580 DOI: 10.25248/reas.e4580.2020.

PINTO, I. V.; ANDRADE, S. S. A.; RODRIGUES, L. L.; SANTOS, M. A. S.; MARINHO, M. M. A.; BENÍCIO, L. A. 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. **Rev Bras Epidemiol**. v. 23, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200006.supl.1

PLATT, Vanessa Borges et al. Completitude, consistência e não duplicidade dos registros de violência sexual infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Santa Catarina, 2009-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022, e2021441.

PLATT, Vanessa Borges; GUEDERT, Jucélia Maria; COELHO, Elza Berger Salema. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 2020, e2020267.

RADA C. Violence against women by male partners and against children within the family: prevalence, associated factors, and intergenerational transmission in Romania, a cross-sectional study. **BMC Public Health**. v. 14, 2014, p. 129.

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E. R.; MORAES, C. L.; MELLO, J. M. H.; SILVA, C. M.; MINAYO, M. C. S. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**. v. 75, 2011, p. 377-1962.

REZENDE, D.A.; ABREU, A.F. **Tecnologia da Informação Aplicada a Sistemas de Informação Empresariais**. São Paulo: Atlas, 2000.

SABINO, L.M. et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. Aquichan, v. 16, n. 2, fev. 2016, p. 230 - 239. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.10.

SANTOS, D.F.; SILVA, R.D.P.; TAVARES, F.L.; PRIMO, C.C.; MACIEL, P.M.A.; SOUZA, R.S.D. et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. **Epidemiol. Serv. Saude**. Vol. 30, n. 4, 2021, e20201064.

SANTOS, M.L. **Fatores associados à subnotificação de Tuberculose e Aids, durante os anos de 2001 a 2010, a partir do Sinan.** Mestrado [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

SCHANK, R. **Tell Me a Story**: A New Look at Real and Artificial Memory. New York: Scribner's, 1990.

SHARMA, A.; HARRINGTIN, R.A.; MCCLELLAN, M.B.; TURAKHIA, M.P.; EAPEN, Z.J.; STEINHUBL, S. et al. Using digital health technology to better generate evidence and deliver evidence-based care. **J.Am.Coll.Cardiol.** vol. 71, n. 23, 2018, p. 2680-2690. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.03.523

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** V. 29 n. 6, 2013, p. 1230-1240.

SILVA, Edson Alexandre; FRANÇA, Lucia Helena de Freitas Pinho. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 1, 2015, p. 155-177.

SILVA, J. V. D.; RONCALLI, A. G. Trend of social iniquities in reports of sexual violence in Brazil between 2010 and 2014. **Rev Bras Epidemiol**. V. 23. Brasília. 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200038

SOARES, M. L. M.; GUIMARÃES, N. G. M.; BONFADA, D. Trend, spatialization and circumstances associated with violence against vulnerable populations in Brazil, between 2009 and 2017. **Cienc e Saude Coletiva**., v. 26, n. 11, 2021, p. 5751-63. DOI: 10.1590/1413-812320212611.25242020

SUÁREZ, S. D. R.; RODRÍGUEZ, N. M.; DEL RÍO, M. M.; ALFONSO, R. A. C.; SUÁREZ, G. G. Estudio exploratorio retrospectivo sobre violencia homofãbica y transfãbica en la trayectoria escolar de activistas cubanos LGBT. **Revista Sexología y Sociedad**. v. 25, n.1, 2019, p. 72-87.

TAVARES, R.C.L.; SOUSA, R.S.N. Discursos sobre a criminalização da homofobia e da transfobia no portal de notícias o antagonista. **Trab Linguist Apl.** V. 61, n. 2, 2022, p. 419-434. DOI: 10.1590/010318138666170v61n22022

TUBAISHAT, A. Evaluation of Electronic Health Record Implementation in Hospitals. **CIN: Computers, Informatics, Nursing**. Vol. 35, n. 7, July 2017, p. 364-72 DOI: 10.1097/CIN.0000000000000328

VALÊNCIO, R.F.Z.; SOUZA, J.T.; WINCKLER, F.C.; MODOLO, G.P.; FERREIRA, N.C.; BAZAN, S.G.Z. et al. Semi-automated data collection from electronic health records in a stroke unit in Brazil. **Arq Neuro-Psiquiatr**. Vol. 80, n. 2, 2022, p. 112-6. DOI: 10.1590/0004-282X-ANP-2020-0558

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa et al. Violencia contra adolescentes y estrategias de enfrentamiento. **Enferm Foco**, v. 11, n. 5, 2020, p. 144-151.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; CABRAL, I. R. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, 2017, p. 1-8.

VENANCIO, Sonia Isoyama. Políticas Públicas dirigidas para primeira infância: uma agenda em expansão. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 19, n. 1, 2018, p. 15-18.

VIERO, A. et al. Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. **Forensic Sci Int.**, v. 319, 2021, p. 110650. DOI: 10.1016/j.forsciint.2020.110650

WHO. Wolrd Health Organization. Global Consultation on Violence and Health. **Violence**: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 1996.

WHO. Wolrd Health Organization. **WHO eHealth Resolution**. Geneva: World Health Organization, 2005.

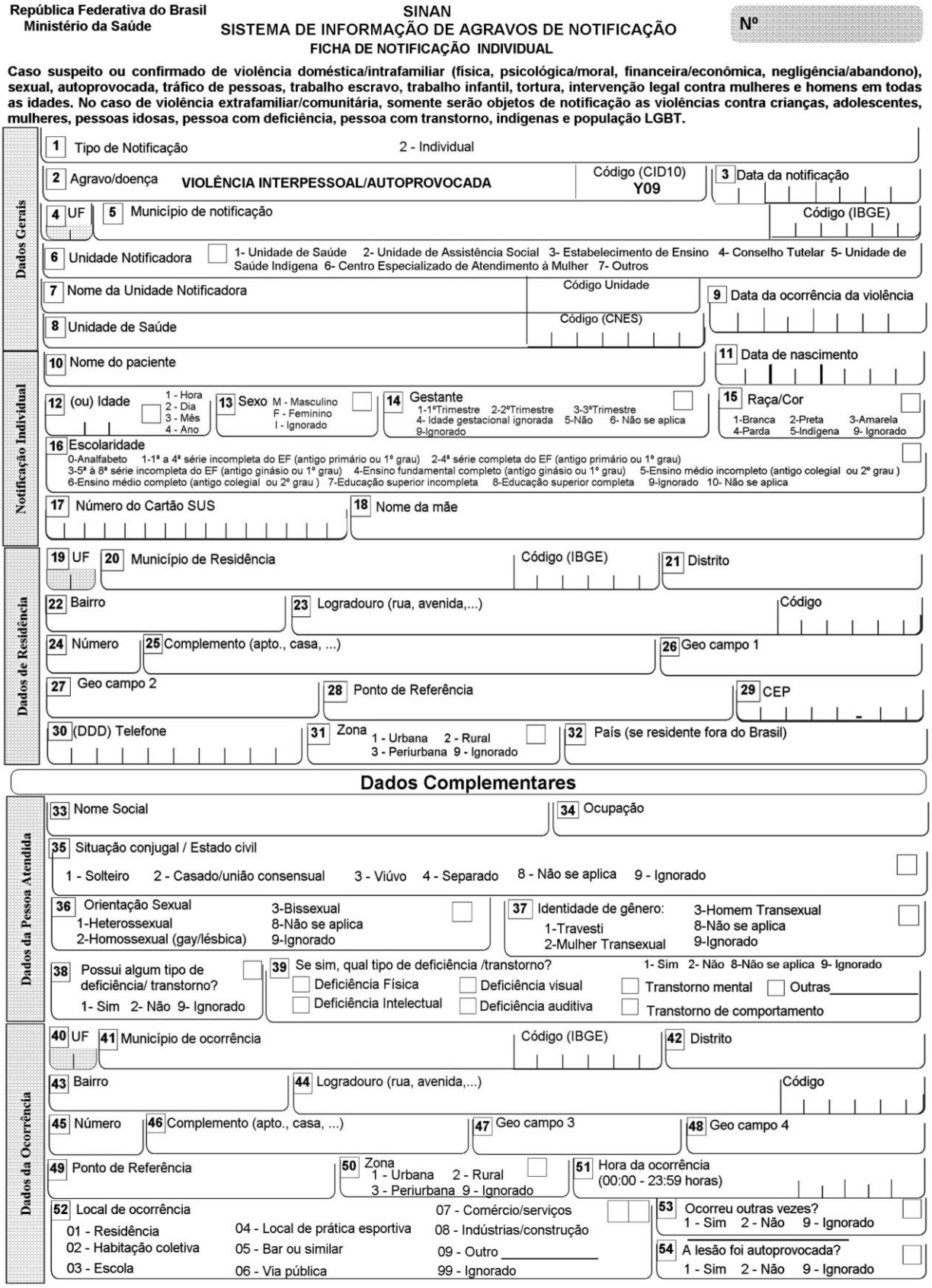
WHO. Wolrd Health Organization. **Preventing intimate partner and sexual violence against women**: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2010.

WHO. Wolrd Health Organization. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: World Health Organization, 2016.

WHO. Wolrd Health Organization. **Violence against women prevalence estimates, 2018**: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO, 2021.

ANEXOS

Anexo A – Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (2011)



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 (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal 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, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/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

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 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 à 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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 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
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero:
1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?
1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado
Deficiência Física; Deficiência visual; Transtorno mental; Outras
Deficiência Intelectual; Deficiência auditiva; Transtorno de comportamento

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
- Física
- Psicológica/Moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil
- Intervenção legal
- Outros _____

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Força corporal/ espancamento
- Enforcamento
- Obj. contundente
- Obj. pérfuro-cortante
- Substância/ Obj. quente
- Envenenamento, Intoxicação
- Arma de fogo
- Ameaça
- Outro_____

Violência Sexual

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Assédio sexual
- Estupro
- Pornografia infantil
- Exploração sexual
- Outros _____

59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Profilaxia DST
- Profilaxia HIV
- Profilaxia Hepatite B
- Coleta de sangue
- Coleta de sêmen
- Coleta de secreção vaginal
- Contracepção de emergência
- Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da agressão

60 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- 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_____

62 Sexo do provável autor da agressão
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:
1-Criança (0 a 9 anos)
2-Adolescente (10 a 19 anos)
3-Jovem (20 a 24 anos)
Pessoa adulta (25 a 59 anos)
4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
9-Ignorado

Encaminhamento

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras)
- Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- 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

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
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
0800 61 1997

Central de Atendimento à Mulher
180

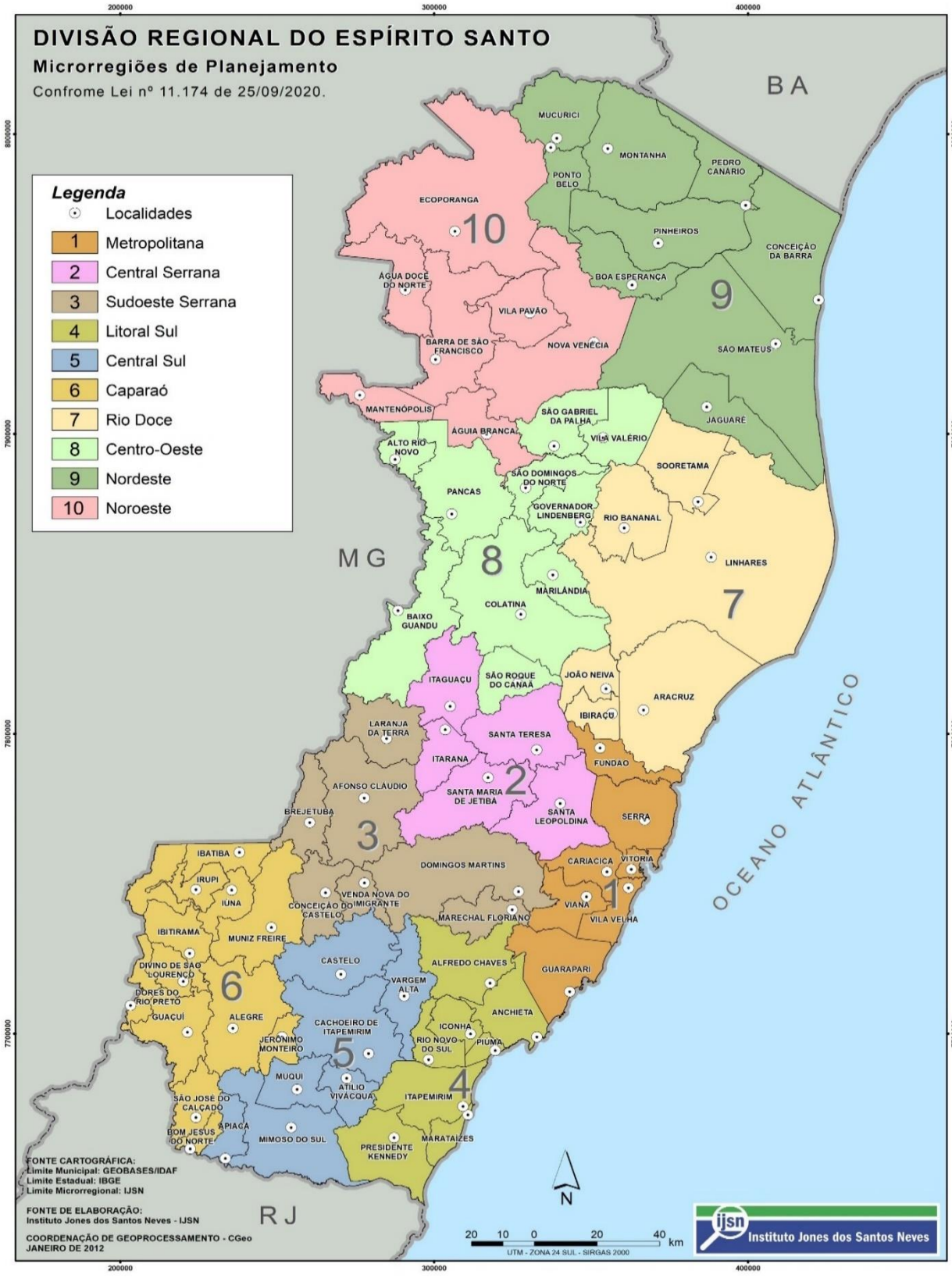
Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

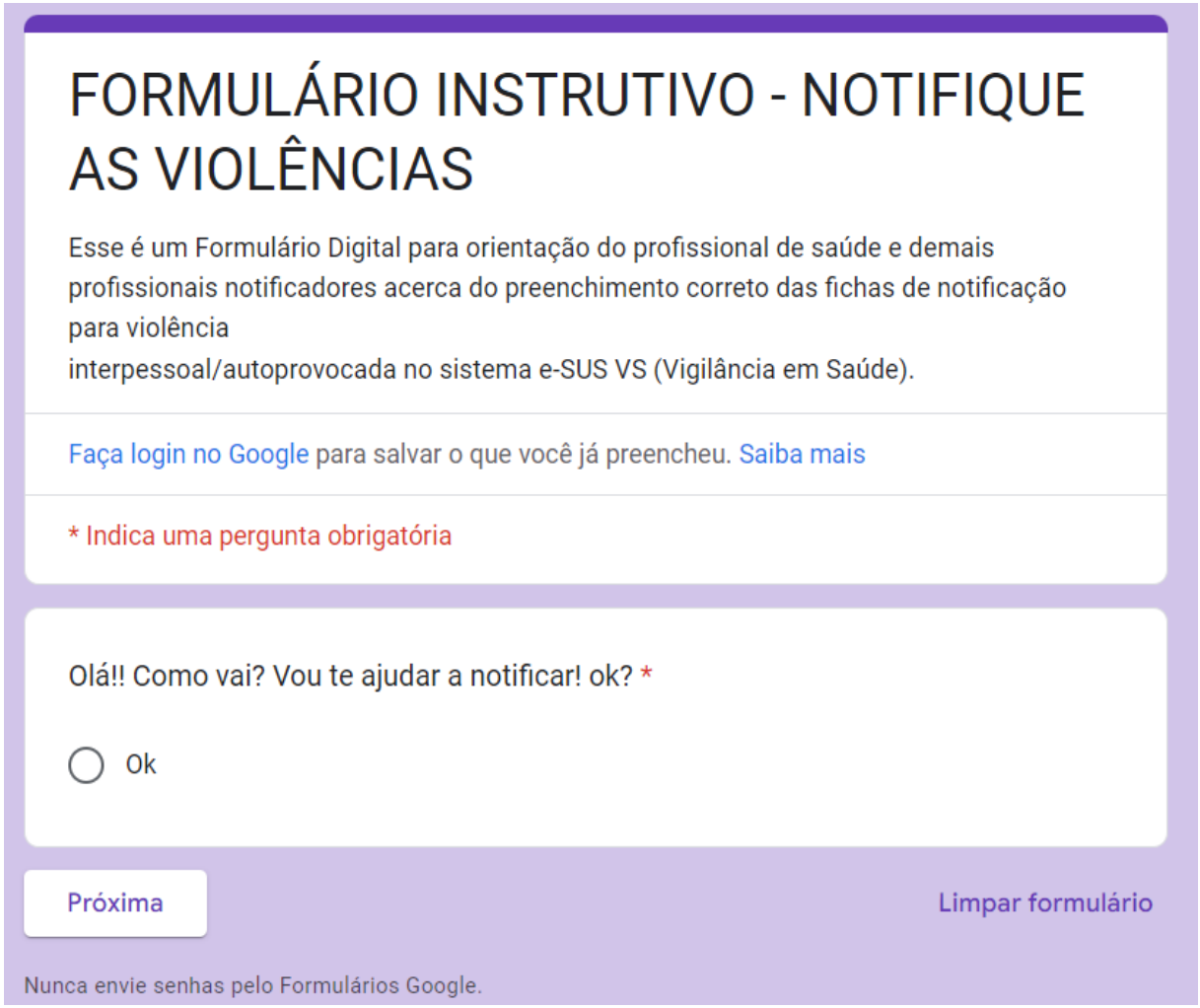
ANEXO B: MAPA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO COM SEUS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS E REGIÕES



Fonte: Instituto Jones dos Santos Neves. GEOBASES/IDAF/IBGE.

APÊNDICES

APÊNDICE A – IMAGENS DO FORMULÁRIO DIGITAL ORIENTATIVO



Quando e quem eu devo notificar para violência?

Caso suspeito ou confirmado de **Violência autoprovocada/autoinfligida,**
Autoagressões e tentativas de suicídio. Suicídios consumados não são notificados.
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.
E **caso suspeito ou confirmado** de **violência extrafamiliar/comunitária,**
nesse caso, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Aqui podemos observar de forma mais clara!

OBJETO DE NOTIFICAÇÃO
Casos suspeitos ou confirmados

Homens e mulheres em todos os ciclos de vida

Doméstica (intrafamiliar)	Sexual	Autoprovocada
Tráfico de pessoas	Trabalho escravo	Trabalho infantil
Intervenção legal	Tortura	Violências homofóbicas

VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA
(extrafamiliar)

Notificar violências contra:
Crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, indígenas, pessoas com deficiências e população LGBT

Fonte: Viva Sinan/SVS/MS.

E atenção!!!

Atenção! Esta ficha **não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam homens adultos (sexo masculino de 20 a 59 anos)**, como, por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras. Essa modalidade de violência pode ser monitorada por meio de outros sistemas de informação e do componente do Viva Sentinela (inquérito).

IMPORTANTE!!!

CASO NÃO TENHA NOTAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS, NOTIFIQUE COM AS QUE TEM E COLOQUE NO FIM DA FICHA ESSA OBSERVAÇÃO NO CAMPO INDICADO.

Voltar Próxima Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Definições

Quer saber a diferença entre Violência Interpessoal e Autoprovocada? *

- ◯ Claro
- ◯ Não! Já sei!

Voltar Próxima Limpar formulário

DEFINIÇÃO: Interpessoal x Autoprovocada

a) **violência autoprovocada**
- comportamento suicida e agressão autodirigidas, cometidas contra si próprio;
b)
violência interpessoal - violência de família e de parceiros íntimos, e violência na comunidade entre indivíduos sem relação parenteral que podem ou não se conhecer;

Voltar Próxima Limpar formulário

Sanando suas dúvidas de preenchimento

Você está com dúvidas para notificar: *

- ◯ DADOS GERAIS e/ou NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL
- ◯ DADOS DE RESIDÊNCIA
- ◯ DADOS DA PESSOA ATENDIDA
- ◯ DADOS DA OCORRÊNCIA
- ◯ DADOS DA VIOLÊNCIA
- ◯ VIOLÊNCIA SEXUAL
- ◯ DADOS DO(A) PROVÁVEL AUTOR(A) DA VIOLÊNCIA
- ◯ ENCAMINHAMENTO E DADOS FINAIS
- ◯ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Voltar | Próxima | Limpar formulário

Perfeito!! Que bom que você está notificando!

Vou te orientar sobre os campos de: DADOS GERAIS e/ou NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

DADOS GERAIS

O campo DATA DA NOTIFICAÇÃO deverá ser preenchido com a data da notificação. Os demais campos são preenchidos automaticamente pelo sistema e-SUS VS.

DATA DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA

Preencher com a data em que ocorreu a violência. Em caso de violência crônica ou de repetição, preencher com a data da última ocorrência. Caso não se consiga precisar a data de ocorrência da violência, informar uma data aproximada. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

NOME DO PACIENTE, DATA DE NASCIMENTO, IDADE E SEXO

QUANDO REALIZAMOS A BUSCA POR CPF OU CNS, ESSES DADOS SÃO PREENCHIDOS AUTOMATICAMENTE.

POSSUI O NÚMERO DO CPF OU CARTÃO SUS?

- ◯ SIM! TENHO ACESSO A ESSES DADOS
- ◯ NÃO! NÃO TENHO ACESSO A ESSES DADOS

Voltar | Próxima | Limpar formulário

Como você não possui esses dados para possibilitar o preenchimento automático, siga as seguintes instruções:

NOME DO PACIENTE

Anotar o nome completo da pessoa atendida/ vítima de violência, de acordo com o registrado no documento de identificação e não o "nome social". Caso não tenha o documento, anotar o nome informado. Não abreviar o nome. Quando não se sabe ou não se tem o nome do paciente, registrar nesse campo: "Nome Ignorado". CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
ATENÇÃO: Quando a pessoa atendida/vítima for travesti ou transexual, registrar o "nome social" no campo indicado.

DATA DE NASCIMENTO

Preencher com a data de nascimento da pessoa atendida/vítima de forma completa (dia/mês/ano). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, caso a idade não seja preenchida.

IDADE

Se a data de nascimento for desconhecida, registrar a idade que a pessoa atendida/vítima tinha na ocasião da ocorrência da violência. Especificar, se a idade informada é em horas, em dias, em meses ou em anos. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, caso a data de nascimento não esteja preenchida.

SEXO

Preencher o quadrículo com o código correspondente ao sexo da pessoa atendida/vítima (Masculino; Feminino; e Ignorado). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
Atenção: Quando a pessoa atendida/vítima for transexual, registrar essa informação no campo indicado.

Voltar Próxima Limpar formulário

CAMPO GESTANTE

preencher se a pessoa/vítima atendida estiver gestante, conforme a idade gestacional, por trimestre.
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
Atenção: Quando a pessoa atendida/vítima for do sexo feminino e não estiver gestante, preencher com "Não".
Caso a pessoa atendida/vítima seja do sexo masculino ou com idade incompatível com gravidez, preencher com "Não se aplica".

CAMPO RAÇA/COR

Muito importante preencher! Selecionar a alternativa correspondente à cor da pele, à raça ou à etnia declarada pela pessoa atendida/vítima.
• 1 – Branca.
• 2 – Preta.
• 3 – Amarela (incluir nesta categoria a pessoa que se declarar oriental ou de raça/cor amarela).
• 4 – Parda (incluir nesta categoria a pessoa que se declarar morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça ou assemelhados).
• 5 – Indígena (incluir nesta categoria a pessoa que se declarar indígena ou índia).
• 9 – Ignorado (ex.: pessoa/vítima inconsciente, ou se a pessoa não souber informar).

ATENÇÃO! a pessoa atendida/vítima é quem declara a sua raça/cor/etnia. Quando se tratar de criança,
considerar a informação do familiar, responsável ou acompanhante.

CAMPO ESCOLARIDADE

Preencher o quadrículo com o código correspondente à escolaridade declarada pela pessoa atendida/vítima.

IGNORADO apenas para a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente).
NÃO SE APLICA apenas para pessoa com idade inferior a 6 anos e pessoa com comprometimento mental. Ex.: paralisia cerebral moderada ou grave. CAMPO ESSENCIAL.

Nomenclaturas anteriores					Nomenclatura atual
Primário incompleto	→	1ª a 4ª série incompleta do 1º grau	→	1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	1º a 9º ano incompleto do ensino fundamental I e II
Ginásio incompleto	→	5ª a 8ª série incompleta do 1º grau	→	5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental	
Ginásio completo	→	1º grau completo	→	Ensino fundamental completo	1º a 9º ano completos do ensino fundamental I e II
Científico, normal ou curso profissionalizante incompleto	→	2º grau incompleto	→	Ensino médio incompleto	
Científico, normal ou curso profissionalizante completo	→	2º grau completo	→	Ensino médio completo	
Curso universitário	→	Curso do 3° grau incompleto	→	Educação superior incompleta (ensino superior incompleto)	
Curso universitário	→	Curso do 3° grau completo	→	Educação superior completa (ensino superior completo)	

ORIENTAÇÃO SEXUAL

- Heterossexual – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.
– Homossexual (gays/lésbicas) – pessoa que se atrai afetivo--sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.
– Bissexual – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.
– Não se aplica – para crianças de zero a 9 anos.
– Ignorado – quando não houver informação disponível sobre a orientação sexual da pessoa atendida.

• Obs.: CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se a vítima for maior ou igual a 10 anos.

Voltar Próxima Limpar formulário

VOCÊ TEM DÚVIDAS SOBRE DADOS DE RESIDÊNCIA?

*

- ◯ SIM! VER DADOS DE RESIDÊNCIA
- ◯ NÃO! PROSSEGUIR PARA O PRÓXIMO

Voltar | Próxima | Limpar formulário

DADOS DE RESIDÊNCIA

UF
Preencher com a sigla da unidade federada (UF) de residência da pessoa atendida/vítima.

Atenção! Caso a pessoa atendida/vítima seja pessoa em situação de rua, adotar o endereço da Unidade Socioassistencial do território, conforme preconiza o Cadúnico, ou quando não for possível adotar o endereço do local de maior permanência da pessoa atendida/vítima, e registrar que se trata de pessoa em situação de rua no campo das informações complementares e observações.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Selecionar o nome do município de residência da pessoa atendida/vítima, se for residente no Brasil.

BAIRRO
Selecionar o nome do bairro ou do setor de residência da pessoa atendida/vítima. Caso não esteja nas opções, selecionar "**Não Encontrado**" para abrir a caixa de digitação onde o notificador deverá escrever o endereço da vítima/pessoa atendida.

LOGRADOURO
Selecionar o tipo (avenida, rua, travessa etc.) e nome completo correspondente ao logradouro da residência da pessoa atendida/vítima. Quando não encontrado, anotar o nome correspondente ao logradouro. Se a pessoa/ vítima atendida residir em uma aldeia ou quilombo, anotar o nome deles.

UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Selecionar a unidade de Saúde referência para aquela pessoa que está sendo atendida/vítima. Preenchendo corretamente o endereço de residência, automaticamente aparecerá a opção de unidade de saúde.

TELEFONE, CEP E PAÍS

São itens OBRIGATÓRIOS! Muito importante colocar o telefone da pessoa atendida/vítima para que ela possa ter seguimento na rede. Anotar CEP de onde ela mora e selecionar o País.

Voltar Próxima Limpar formulário

VOCÊ TEM DÚVIDA SOBRE DADOS DA PESSOA ATENDIDA?

*

- ◯ SIM! ME MOSTRE, POR FAVOR!
- ◯ NÃO! SEGUIR PARA O PRÓXIMO

Voltar Próxima Limpar formulário

DADOS DA PESSOA ATENDIDA

33. Nome social:
anotar o nome social da pessoa atendida/vítima quando informado.
Nome social é aquele pelo qual travestis e transexuais se reconhecem, bem como são identificados(as) por sua comunidade e em seu meio social.

34. Ocupação
anotar a ocupação, função desenvolvida pelo(a) trabalhador(a), de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), não a profissão. A ocupação refere-se à atividade que é exercida. Nos casos em que não haja especificação, colocar a ocupação mais aproximada. Em caso de crianças/adolescentes menores de 16 anos, deve-se escrever "não se aplica", salvo a partir de 14 anos, se estiver na condição de aprendiz. Nos casos de trabalho infantil, preencher o campo 56 com essa informação e registrar informações adicionais no campo INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES, no final da ficha de notificação individual.

35. Situação Conjugal/Estado Civil:
preencher o quadrículo com o código correspondente à situação conjugal ou ao estado civil da pessoa atendida/vítima no momento da violência. Nos casos que envolverem crianças menores de 10 anos (crianças de zero a 9 anos), preencher com a opção "8 – Não se aplica". No momento da digitação dos dados, o sistema fará esse preenchimento automaticamente.
Observação: adotou-se a referência de idade para crianças padronizada pela OMS. De acordo com o ECA, a equipe deve se responsabilizar por investigar situações conjugais envolvendo crianças com menos de 12 anos. CAMPO ESSENCIAL.

36. Orientação Sexual
• – Heterossexual – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.

• – Homossexual (gays/lésbicas) – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.

• – Bissexual – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.

• – Não se aplica – para crianças de zero a 9 anos.

• – Ignorado – quando não houver informação disponível sobre a orientação sexual da pessoa atendida.

OBRIGATÓRIO, se a vítima for maior ou igual a 10 anos.

IDENTIDADE DE GÊNERO

Selecionar a identidade de gênero declarada pela pessoa atendida.

• – Travesti: pessoa do sexo masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, mas não apresenta conflito com seu sexo biológico e sua genitália. A travesti busca transformar o corpo em um corpo feminino por meio de hormônios e/ou cirurgias e, pelo menos em princípio, não deseja realizar cirurgia de redesignação de sexo.

• – Mulher transexual (de homem para mulher): pessoa que nasceu com sexo masculino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. A mulher transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo feminino e, na maior parte das vezes, busca a hormonioterapia e intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo.

• – Homem transexual (de mulher para homem): pessoa que nasceu com sexo feminino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino. O homem transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo masculino e pode buscar a hormonioterapia e/ou intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo. São exemplos de intervenções cirúrgicas a mastectomia (retirada das mamas) e a histerectomia (retirada do útero).

• – Não se aplica: selecionar esse campo quando a identidade de gênero corresponder ao sexo biológico. Exemplo: sexo biológico feminino e identidade de gênero feminina (mulher), ou seja, a pessoa apresenta a identidade de gênero igual ao sexo biológico.

• – Ignorado: quando não houver informação disponível sobre a identidade de gênero.

POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA OU TRANSTORNO?

Para registrar este dado, é preciso que haja informação sobre diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado (sem exigência de prova documental). Não registrar suposições ou hipóteses pessoais ou dos familiares.

SE SIM, QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA/TRANSTORNO?

Caso selecione não para pergunta anterior, devemos marcar não se aplica para todos os campos desta pergunta.

Caso a pessoa atendida/vítima, possua alguma deficiência/transtorno, deve-se selecionar sim para a alternativa correspondente. As informação correspondente deve ser dada pelo responsável ou acompanhante.

- Transtorno mental compreende os quadros graves, a exemplo de: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do espectro do autismo, demência, como na doença de Alzheimer e demências de outras origens; inclui também dependência de álcool e outras drogas.

-Transtorno de comportamento compreende, entre outros, os distúrbios emocionais (como pânico), de conduta (como déficit de atenção, micção ou emissão fecal repetida, involuntária), funcionamento social (como mutismo seletivo, redução das interações sociais, hiperatividade etc.).

Voltar Próxima Limpar formulário

VOCÊ TEM DÚVIDAS SOBRE DADOS DE OCORRÊNCIA?

*

- ◯ SIM
- ◯ NÃO

Voltar Próxima Limpar formulário

Muito Bem!! É bom saber que você tem se preocupado em preencher corretamente!

Vou te orientar sobre os campos de DADOS DA OCORRÊNCIA

DADOS DA OCORRÊNCIA

Os campos de dados da ocorrência devem ser preenchido com endereço de onde aconteceu o episódio de violência! Esse local não precisa ser onde a vítima mora e nem onde está sendo notificada! É importante selecionar minimamente a UF da ocorrência, o Local de ocorrência dentre as alternativas!

MUITO IMPORTANTE selecionar se a lesão foi autoprovocada e se aconteceu outras vezes.

Voltar Próxima Limpar formulário

VOCÊ TEM DÚVIDAS SOBRE DADOS DA VIOLÊNCIA?

- ◯ SIM
- ◯ NÃO

Voltar | Próxima | Limpar formulário

Certo!! Vamos lá!

Vou te orientar sobre os campos de DADOS DA VIOLÊNCIA

ESSA VIOLÊNCIA FOI MOTIVADA POR?

• Sexismo: é uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculinos sobre as mulheres. Reflete-se em um conjunto de condutas construídas, aprendidas e reforçadas culturalmente – cujo exercício está na tentativa e no controle da moral e da conduta femininas. Reflete-se na violência contra as mulheres em suas diversas formas. Pode aparecer por meio de xingamentos, atos, chantagens, exposição pública etc.

• Homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia: é a violência motivada e praticada em razão da orientação sexual ou da identidade de gênero presumida da vítima, podendo esta ser membro da população LGBT ou não. Aversão irracional aos homossexuais e a todos que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. A violência contra gays é denominada homofobia; enquanto a discriminação, aversão e ódio contra as mulheres que têm orientação sexual diferente da heterossexual e que se relacionam homoafetivamente com outras mulheres é conhecida como lesbofobia. É importante ressaltar que a lesbofobia é uma violência resultante de dupla discriminação porque associa também a violência contra as mulheres, além da discriminação contra a homossexualidade. Bifobia é a discriminação, aversão ou ódio às pessoas bissexuais. Transfobia é a discriminação, aversão, ódio contra pessoas transexuais ou travestis. Entre as variadas formas de manifestação dessas violências estão também a violência psicológica (insulto, constrangimento, ameaça) e os obstáculos ao acesso aos serviços, ao trabalho, e outras.

• Racismo: a crença de que é justa a divisão da sociedade em grupos definidos pela cor da pele, traços físicos e aspectos culturais, de forma a hierarquizá-la. O racismo é utilizado como justificativa para a discriminação contra determinados grupos. A discriminação racial ou étnico-racial é toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em igualdade de condições, de direitos e liberdades fundamentais, em quaisquer campos da vida pública ou privada, conforme Lei no 12.288/2010. No Brasil,
o racismo e a discriminação racial são dirigidos principalmente contra as populações negra, indígena e quilombola.

• Intolerância religiosa: é um conjunto de ideologias e atitudes ofensivas a crenças e práticas religiosas ou a quem não segue uma religião. É um crime de ódio que fere a liberdade e a dignidade humana.

• Xenofobia: A xenofobia é uma forma de discriminação social que consiste na aversão a pessoas de diferentes culturas e nacionalidades. Considerada como crime de ódio, a xenofobia mostra-se por meio da humilhação, do constrangimento, das agressões física e moral àquele(a) que não é natural do lugar do(a) agressor(a). Teoricamente, xenofobia é a aversão apenas a estrangeiros(as); contudo, não está estabelecido um termo técnico que designe a agressão e o desrespeito a pessoas de diferentes regiões do mesmo país e que também são considerados crimes de ódio. Portanto, a ocorrência de violência motivada por aversão a pessoas do próprio país – provindas de diferentes regiões geográficas ou localidades – deve ser registrada nesta categoria.

• Conflito geracional: é um conflito que descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas.

• Situação de rua: considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7.053/2009).

• Deficiência: quando a violência é motivada por preconceito, desrespeito ou por qualquer tipo de discriminação à condição das pessoas com deficiência.

• Outros: qualquer outro tipo de motivação à violência que não as contempladas nas categorias anteriores. Especificar a motivação.

• Não se aplica: permanece na ficha de notificação individual para efeitos do sistema, mas deve-se evitar a utilização deste campo.

• Ignorado: quando a pessoa atendida não identificar uma motivação para a violência sofrida ou não puder informar sobre a motivação da violência.

TIPO DE VIOLÊNCIA

Selecionar Sim; Não; ou Ignorado nos campos de opções do tipo de violência sofrida. Lembre--se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência. Entretanto, para fins de registro no Sinan, deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência. Os demais quadrículos devem ser
preenchidos com NÃO e, caso haja alguma violência secundária perpetrada pelo mesmo(a) autor(a), registar essa informação no campo de observações adicionais.

Quando ocorrerem dois casos distintos de violência com a mesma vítima envolvendo autores diferentes, registrar em duas fichas de notificação.

Quando a violência for autoprovocada, selecionar SIM apenas para a opção OUTROS e descrever AUTOPROVOCADA ou TENTATIVA DE SUICÍDIO.

MEIO DE AGRESSÃO

Um mesmo caso, pode haver mais de um meio de agressão e que todos os quadrículos devem ser
preenchidos. Considerar os seguintes conceitos e exemplos de meios de agressão:

• Força corporal/espancamento: inclui murro, tapa, soco, empurrão e outros.
• Enforcamento: inclui estrangulamento, esganadura, "gravata" e outros.
• Objeto contundente: inclui pau, cassetete, barra de ferro e outros.
• Objeto perfurocortante: inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros.
• Substância/objeto quente (queimadura): inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor-d'água, substância química e outras.
• Envenenamento, intoxicação: inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos etc.
• Arma de fogo: revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros.
• Ameaça: inclui gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas, internet etc.
• Outro: qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias anteriormente citadas, SENDO OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.
Ex.: asfixia por ficar preso em ambiente fechado, exposição a ruídos de altíssima intensidade, indução, omissão (em caso de negligência), entre outros. Especificar ainda outros meios utilizados nos casos de tentativa de suicídio ou autoagressão: precipitação de lugar elevado, autoimolação, jogar-se na frente de veículos, entre outros.

Voltar Próxima Limpar formulário

VOCÊ TEM DÚVIDAS SOBRE O PREENCHIMENTO DA PARTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL?

*

- ◯ SIM
- ◯ NÃO

Voltar Próxima Limpar formulário

CASO TENHA OCORRIDO VIOLÊNCIA SEXUAL, QUAL O TIPO?

• Assédio sexual: é a insistência inoportuna, independentemente do sexo ou da orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual.

• Estupro: "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso" (BRASIL, 2009b, art. 213). Dentro desse conceito, está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independentemente da orientação sexual ou do sexo da pessoa/vítima.

• Pornografia infantil: é a apresentação, a produção, a venda, o fornecimento, a divulgação e/ou a publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes, utilizando qualquer meio de comunicação.

• Exploração sexual: caracteriza-se pela utilização de pessoas, independentemente da idade, do sexo ou da identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (striptease, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em (revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet). No caso de pessoas adultas, considera-se exploração sexual quando, nessas situações, não há o consentimento da vítima ou este é obtido com base na força, no engano, na intimidação ou em qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários (agenciamento direto, indução, facilitação).

• Outros: qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Caso assinale "Outros", É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.

PROCEDIMENTO REALIZADO

Pode haver mais de um procedimento realizado para a mesma pessoa atendida/vítima. Nesse caso, preencher os quadrículos correspondentes. Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino, preencher os quadrículos referentes à "Coleta de secreção vaginal", "Contracepção de emergência" e "Aborto previsto em lei" com a opção "Não se aplica".

Voltar Próxima Limpar formulário

VOCÊ TEM DÚVIDAS SOBRE O PREENCHIMENTO DE DADOS DO(A) PROVÁVEL AUTOR(A) DA VIOLÊNCIA?

*

- ◯ SIM
- ◯ NÃO

Voltar | Próxima | Limpar formulário

Dados do(a) Provável autor(a) da Violência

Pode haver mais de um(a) provável autor(a) de agressão para a mesma pessoa atendida/vítima. Nesse caso, SELECIONAR os quadrículos correspondentes a um, dois ou mais ou ignorado.

VÍNCULO/GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA ATENDIDA

Selecionar o vínculos que o ou os possíveis agressores tem com a vítima.
Nos casos de violência autoprovocada, selecionar "a própria pessoa".
Nos casos de agressor desconhecido selecionar "desconhecido".
Caso o agressor não esteja especificado nas opções, selecionar "outros" e especificar.

SEXO DO(A) PROVÁVEL AUTOR(A) DA VIOLÊNCIA E CICLO DE VIDA

Preencher sempre se referindo ao sexo e idade do(a) provável ou prováveis autores da violência! Só se considera o sexo e faixa etária da vítima nesse campo, quando a violência for autoprovocada. Quando houver a participação de mais de um(a) provável autor(a) de agressão de sexos diferentes, preencher com "Ambos os sexos".

Voltar | Próxima | Limpar formulário

VOCÊ TEM DÚVIDAS SOBRE ENCAMINHAMENTOS E DADOS FINAIS?

*

- ◯ SIM
- ◯ NÃO

Voltar | Próxima | Limpar formulário

Encaminhamento e Dados Finais

Selecionar "sim" para os serviços de acordo com os encaminhamentos realizados à pessoa atendida/vítima.

• Rede da Saúde: Unidade Básica de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Centro de Apoio Psicossocial, ambulatórios especializados, centros de referência, Unidade de Pronto Atendimento, hospital, entre outros.

• Rede da Assistência Social: Centro de Referência da Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, Unidades de Acolhimento (abrigos, albergues, casas-lares, casas de passagem, residências inclusivas, repúblicas), entre outros.
O Cras é um serviço localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica às famílias e aos indivíduos.
O Creas é um serviço no qual são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados e pessoas em situação de violência.

• Rede de Educação (creche, escola, outros).

• Rede de atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento da Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outros).

• Conselho Tutelar (criança/adolescente).

• Conselho do Idoso.

• Delegacia de Atendimento ao Idoso.

• Centro de Referência dos Direitos Humanos.

• Ministério Público.

• Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA).

• Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Deam).

• Outras delegacias.

• Justiça/Vara da Infância e da Juventude.

• Defensoria Pública.

DADOS FINAIS

VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO?

Considera-se violência relacionada ao trabalho (assédio moral e outras violências) aquela que ocorre tanto no local de trabalho como no trajeto para ele (ida e volta). CASO A RESPOSTA SEJA "SIM" DEVE-SE INFORMAR SE FOI EMITIDA A COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO!

CIRCUNSTÂNCIA DA LESÃO

Esse campo **SERÁ PREENCHIDO PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA,** mas se refere à classificação da causa e da circunstância da violência sofrida pela pessoa atendida/vítima e não à natureza da lesão. Utilizar os códigos do Capítulo XX, "Causas Externas de Morbidade e Mortalidade" (V01-Y98), da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

DATA DE ENCERRAMENTO

Preencher com a data da notificação. Todo caso notificado é encerrado no momento da notificação. No entanto, como o registro não é automático, é preciso escrever/digitar a sua data.

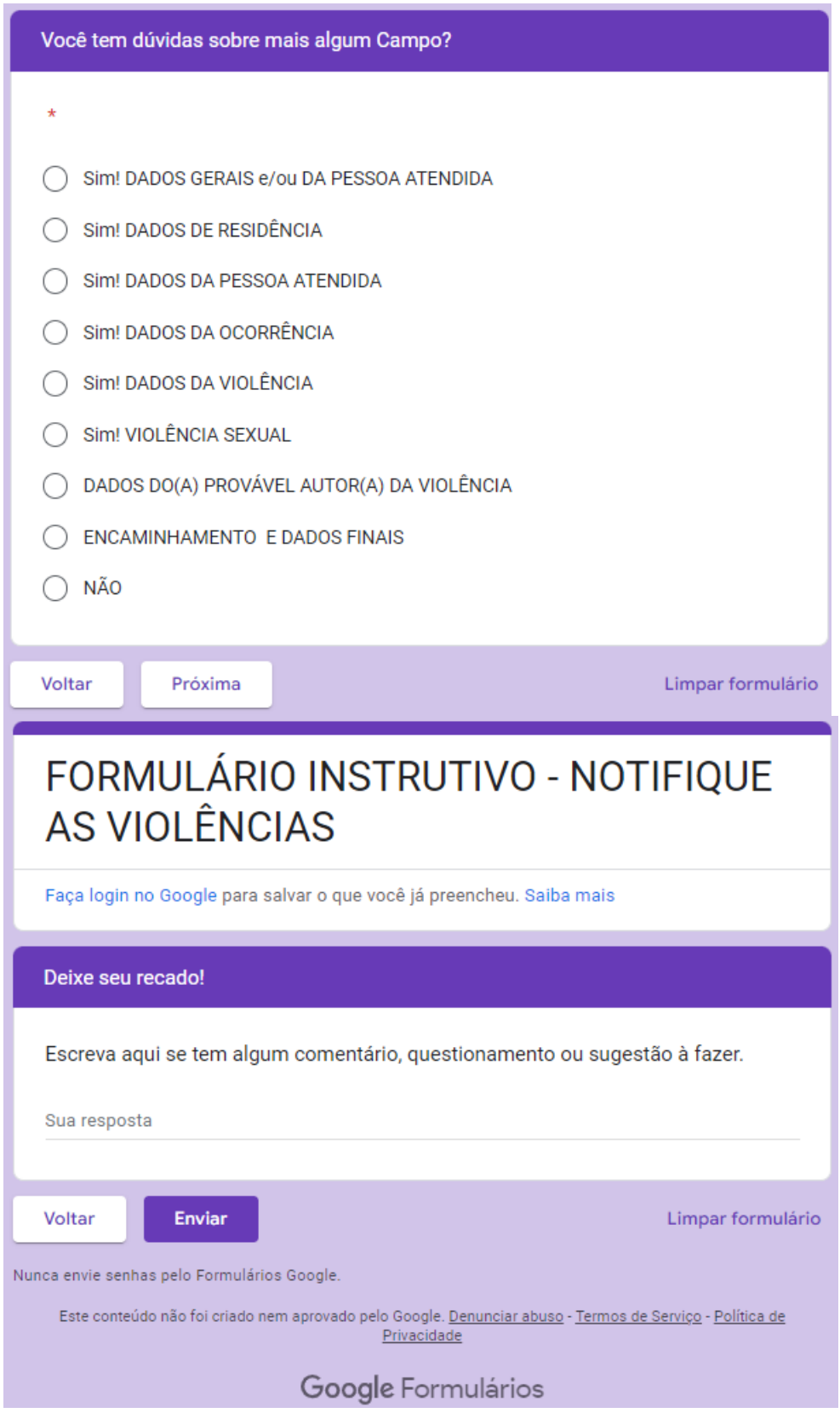
ORIGEM DA NOTIFICAÇÃO

Anotar o nome da instituição que está notificando o caso juntamente com o UF e Município da instituição.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

Descrever aspectos importantes e observações que julgar relevantes não contempladas nos campos
anteriores. Ex.: o local em que a pessoa atendida/vítima foi abordada; idade do(a) provável autor(a) da agressão, informações sobre o uso de drogas por ele; uso de álcool por parte da pessoa atendida/vítima, visando a uma futura avaliação da importância desse dado e possíveis ações preventivas.

Voltar Próxima Limpar formulário



Você tem dúvidas sobre mais algum Campo?

*

- ◯ Sim! DADOS GERAIS e/ou DA PESSOA ATENDIDA
- ◯ Sim! DADOS DE RESIDÊNCIA
- ◯ Sim! DADOS DA PESSOA ATENDIDA
- ◯ Sim! DADOS DA OCORRÊNCIA
- ◯ Sim! DADOS DA VIOLÊNCIA
- ◯ Sim! VIOLÊNCIA SEXUAL
- ◯ DADOS DO(A) PROVÁVEL AUTOR(A) DA VIOLÊNCIA
- ◯ ENCAMINHAMENTO E DADOS FINAIS
- ◯ NÃO

Voltar Próxima Limpar formulário

FORMULÁRIO INSTRUTIVO - NOTIFIQUE AS VIOLÊNCIAS

Faça login no Google para salvar o que você já preencheu. Saiba mais

Deixe seu recado!

Escreva aqui se tem algum comentário, questionamento ou sugestão à fazer.

Sua resposta

Voltar Enviar Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Política de Privacidade

Google Formulários