

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

KARINA FARDIN FIOROTTI

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA A PESSOA ADULTA NO ESPÍRITO
SANTO: UMA ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE 2011 E 2018**

Vitória
2023

KARINA FARDIN FIOROTTI

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA A PESSOA ADULTA NO ESPÍRITO
SANTO: UMA ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE 2011 E 2018**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final à obtenção do título de Doutorado em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Linha de pesquisa: Epidemiologia de doenças crônicas não transmissíveis.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite

Vitória

2023

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

F517v Fiorotti, Karina Fardin, 1984-
Violência interpessoal contra a pessoa adulta no Espírito
Santo : uma análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 /
Karina Fardin Fiorotti. - 2023.
127 f. : il.

Orientadora: Franciéle Marabotti Costa Leite.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. violência. 2. Epidemiologia. I. Leite, Franciéle Marabotti
Costa. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

KARINA FARDIN FIOROTTI

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA A PESSOA ADULTA NO ESPÍRITO
SANTO: UMA ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE 2011 E 2018**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final à obtenção do título de Doutorado em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 14 de fevereiro de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite - Universidade Federal do Espírito Santo

Membros externos titulares:

Prof^a. Dra. Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari – Universidade Estadual de Londrina - UEL – PPGENF

Prof^a. Dra. Adriana Zilly – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da Unioeste/Foz - PPGSPRF

Membros internos titulares:

Prof. Dr. Fábio Lúcio Tavares - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Thiago Nascimento do Prado - Universidade Federal do Espírito Santo

Membros suplentes:

Prof^a. Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura – Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ (suplente externo)

Prof^a. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima (suplente interno)



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

Ata da Sessão de Defesa de Tese de Doutorado em Saúde Coletiva da aluna

Karina Fardin Fiorotti

Às treze horas e trinta minutos do dia quatorze de fevereiro de dois mil e vinte e três, em ambiente virtual, foi instalada a sessão pública para julgamento da tese elaborada pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, matriculada sob número 2019240588, intitulada “*Violência interpessoal contra a pessoa adulta no Espírito Santo: uma análise dos casos notificados entre 2011 e 2018*”. Após a abertura da sessão, a Prof.^a Dr.^a Franciéle Marabotti Costa Leite, orientadora e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, os professores doutores: Prof.^a Dr.^a Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari (membro externo – UEL, PPG em Enfermagem), Prof.^a Dr.^a Adriana Zilly (membro externo – Unioeste, PPG em Saúde Pública em Região de Fronteira), Prof. Dr. Fábio Lúcio Tavares (membro interno), Prof. Dr. Thiago Nascimento do Prado (membro interno), Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura (suplente externo – UFRJ) e Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima (suplente interno). Foi dada a palavra a autora, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviu-se a leitura dos respectivos pareceres dos integrantes da banca. Terminada a leitura, procedeu-se à arguição e respostas da aluna. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu APROVAR a doutoranda. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito. Vitória, 14 de fevereiro de 2023. Considerações da banca de defesa:

Apresentação oral foi segura e clara. A temática é relevante para a saúde coletiva. A banca sugere pequenas correções de português/gramaticais, no resumo e atualização de dados. A aluna apresenta um aprofundamento do tema estudado, a produção de um artigo científico em revista de impacto, dois capítulos de livros na área e a submissão de um artigo em revista de excelente qualis. Objetivos e resultados alcançados com metodologia adequada. A aluna acata as sugestões da banca.

Prof.^a Dr.^a Franciéle Marabotti Costa Leite
(orientadora)

Prof.^a Dr.^a Adriana Zilly
(membro externo)

Prof.^a Dr.^a Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
(membro externo)

Prof. Dr. Fábio Lúcio Tavares
(membro interno)

Prof. Dr. Thiago Nascimento do Prado
(membro interno)

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(suplente externo)

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima
(suplente interno)

Karina Fardin Fiorotti
(discente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
FRANCIELE MARABOTTI COSTA LEITE - SIAPE 2534135
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 01/03/2023 às 12:06

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/659515?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
FABIO LUCIO TAVARES - SIAPE 2173399
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 01/03/2023 às 12:14

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/659526?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
THIAGO NASCIMENTO DO PRADO - SIAPE 2784342
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 01/03/2023 às 12:18

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/659533?tipoArquivo=O>

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Pai de amor e misericórdia, por me conceder forças para seguir com os meus sonhos, mesmo diante dos desafios da pandemia da COVID-19, do trabalho e da família.

À professora Franciéle, por confiar nas minhas potencialidades como pesquisadora e enfermeira que atua no cenário das violências, mesmo quando eu quis desistir, não desanimou e não me deixou abandonar o barco.

Ao meu marido, Deyler, e filhos, Rafael e Gabriel, que suportaram minhas angústias durante esses anos de estudo. Por vocês, eu sigo em frente.

Aos meus pais, Regina e Dionísio (*in memoriam*), que sempre me incentivaram a viver meus sonhos e apontaram os livros como caminho.

À minha irmã, Zuleima, que sempre foi espelho e segurança nesta caminhada.

Às colegas do PAVIVIS que, além da ajuda com as aulas e os artigos, foram fonte de aprendizado e crescimento na assistência às vítimas de violência. Aprendi muito com vocês, cresci para a vida!

Ao LAVISA, pela parceria nas pesquisas, no trabalho e na vida. Tenho orgulho de fazer parte dessa turma tão diversa que movimenta as ações de enfrentamento à violência no nosso estado. É ser UFES para fora dos muros da universidade.

Aos professores do departamento de enfermagem, do PPGENF e do PPGSC, que fizeram parte da minha formação até aqui e sempre me acolheram com muito carinho.

A todos que estiveram comigo, meus sinceros agradecimentos. Ser mãe, esposa, enfermeira e pesquisadora em tempo integral não é tarefa das mais fáceis - e nem deve ser normalizado - mas só foi possível por causa do apoio de vocês. Sintam-se abraçados!

RESUMO

Introdução: A violência configura um importante problema de saúde pública e sua análise detalhada possui importância tanto social quanto acadêmica. Sua magnitude e impactos evidenciam a necessidade de ações integradas que minimizem os efeitos desse agravo nas populações. **Objetivo:** Identificar a frequência dos diferentes tipos de violência interpessoal na população adulta e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência. **Métodos:** Estudo epidemiológico, analítico, transversal realizado com casos de violência interpessoal nos anos de 2011 a 2018, em adultos entre 20 e 59 anos notificados no estado do Espírito Santo no Sistema de Informação de Agravos e Notificação. A variável dependente foi a violência – dos tipos sexual, psicológica, física e com caráter de repetição – e as independentes as características da vítima, do agressor e da ocorrência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A análise dos dados ocorreu por meio do programa Stata versão 14.1 e os resultados da regressão de Poisson apresentados pela razão de prevalência. **Resultados:** A violência física contra a pessoa adulta foi responsável por 63,3% dos casos notificados, estando associada a vítimas do sexo masculino, adultos mais jovens, declarados pretos ou pardos, com até 4 anos de estudo, sem deficiências ou transtornos, que possuíam companheiro, residentes em zona rural, com agressores de 25 anos ou mais de idade, do sexo feminino, com vínculo afetivo de parceiro íntimo, com a suspeita de uso de álcool, participação de 2 ou mais agressores, ocorrência em via pública e de evento único. A violência do tipo psicológica foi responsável por 7,3% das notificações de violência interpessoal e esteve associada a vítimas do sexo feminino, com 50 a 59 anos de idade, com ao menos 9 anos de estudo, sem deficiências ou transtornos, residentes em área urbana ou periurbana, com agressores de 25 anos ou mais de idade, do sexo masculino, com vínculo de parceiro íntimo, sem suspeita de uso de álcool e com caráter de repetição. A violência do tipo sexual foi responsável por 6,2% dos casos registrados, estando associada a pessoas do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 29 anos, que não possuíam companheiro, residentes em zona urbana, com agressor de 25 anos ou mais de idade, perpetrador único e desconhecido e de ocorrência em via pública. Já a violência interpessoal com caráter de repetição apresentou prevalência de 56,7%

entre as notificações nessa população e esteve associada a pessoas do sexo feminino, nas faixas etárias acima dos 40 anos, de cor preta e parda, que possuíam companheiro, com alguma deficiência ou transtorno, residentes em zona urbana ou periurbana, com agressores de menos de 25 anos de idade e de ambos os sexos, com vínculo de parceiro íntimo com a vítima, com a participação de apenas um perpetrador e ocorrência na residência. **Conclusão:** A violência interpessoal se apresentou com prevalências relevantes na população adulta, e seus diferentes tipos foram associados às características da vítima, do agressor e da ocorrência. Seus impactos no cotidiano das pessoas e das comunidades imprimem a necessidade de ações conjuntas e efetivas envolvendo os diversos setores do Estado e da sociedade. Nesse cenário, a saúde pública possui evidente protagonismo na prevenção e no manejo dos casos, tendo a capacitação dos profissionais e serviços envolvidos, bem como o fortalecimento dos sistemas de saúde como ferramentas estratégicas de enfrentamento da violência.

Palavras-chaves: Adulto; Epidemiologia, Estudos Transversais; Sistema de Informação em Saúde; Violência.

ABSTRACT

Introduction: Violence is an important public health problem, and its detailed analysis has both social and academic importance. Its magnitude and impacts highlight the need for integrated actions that minimize the effects of this problem on populations. **Objective:** To identify the frequency of different types of interpersonal violence in the adult population and analyze their association with the characteristics of the victim, the aggressor and the occurrence. **Methods:** This is an epidemiological, analytical, and cross-sectional study, carried out with cases of interpersonal violence in the years 2011 to 2018, in adults between 20 and 59 years old notified in the state of Espírito Santo in the System of Information of Diseases and Notification. The dependent variable was violence - of the sexual, psychological, physical and repetitive nature – and the independent variables were the characteristics of the victim, the aggressor and the occurrence. The study was approved by the Research Ethics Committee. Data analysis was performed using the Stata program version 14.1 and the Poisson regression results presented by the prevalence ratio. **Results:** Physical violence against adults was responsible for 63.3% of reported cases, being associated with male victims, younger adults, declared black or brown, with up to 4 years of education, without disabilities or disorders, who had a partner, lived in a rural area, had aggressors aged 25 years or more, female, with an intimate partner, with suspected alcohol use, participation of 2 or more aggressors, occurrence on a public road and single event. Psychological violence was responsible for 7.3% of reports of interpersonal violence and was associated with female victims, aged 50 to 59 years, with at least 9 years of education, without disabilities or disorders, living in an urban or peri-urban area, with aggressors aged 25 or over, male, with an intimate partner, with no suspicion of alcohol use and with a repeat nature. Sexual violence was responsible for 6.2% of registered cases, being associated with females, aged between 20 and 29 years, who did not have a partner, living in urban areas, with an aggressor aged 25 years or more of age, single and unknown perpetrator, and occurrence on a public road. Repeated interpersonal violence, on the other hand, had a prevalence of 56.7% among notifications in this population and was associated with females, aged over 40 years, black and brown, who had a partner, with some disability or disorder, living in

urban or peri-urban areas, with aggressors under 25 years of age and of both sexes, with an intimate partner bond with the victim, with the participation of only one perpetrator and occurrence in the residence. **Conclusion:** Interpersonal violence presented relevant prevalence in the adult population, and its different types were associated with the characteristics of the victim, the aggressor and the occurrence. Its impacts on the daily lives of people and communities create the need for joint and effective actions involving the various sectors of the state and society. In this scenario, public health has a clear role in preventing and managing cases, with the training of professionals and services involved, as well as the strengthening of health systems as strategic tools to combat violence.

Keywords: Adult; Epidemiology; Cross-sectional Studies; Health Information System; Violence.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Classificação da variável desfecho	40
Quadro 2	Características da vítima	41
Quadro 3	Características do agressor	42
Quadro 4	Características da ocorrência	42
Figura 1	Modelo ecológico para compreender a violência	23
Figura 2	Mapa da distribuição da população do Espírito Santo, Brasil, 2010 (JSN)	38

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO DE LIVRO 1

Tabela 1	Caracterização dos casos notificados de violência psicológica em adultos de acordo com dados da vítima, do agressor e da ocorrência, no Espírito Santo entre os anos de 2011 a 2018	49
Tabela 2	Distribuição da violência psicológica notificada em adultos, de acordo com as características da vítima, do agressor e da ocorrência, no Espírito Santo nos anos de 2011 a 2018	50
Tabela 3	Análises bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência psicológica notificada na população adulta do estado do Espírito Santo, nos anos de 2011 a 2018	52

CAPÍTULO DE LIVRO 2

Tabela 1	Caracterização dos casos de violência interpessoal física notificados na população adulta, de acordo com os dados da vítima, do agressor e da ocorrência, no estado do Espírito Santo, entre os anos de 2011 e 2018	64
Tabela 2	Análise bivariada da violência interpessoal física notificada na população adulta de acordo com as características da vítima, do agressor e da ocorrência, no estado do Espírito Santo, nos anos de 2011 a 2018	66
Tabela 3	Análises bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência interpessoal física notificada na população adulta, no estado do Espírito Santo, nos anos de 2011 a 2018	69

ARTIGO 1

Tabela 1	Caracterização dos casos de violência sexual notificados na população adulta, de acordo com os dados da vítima, do agressor e da ocorrência	83
Tabela 2	Análise bivariada da violência sexual notificada na população adulta de acordo com as características da vítima, do agressor e da ocorrência	85
Tabela 3	Análises bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência sexual notificada na população adulta	87

ARTIGO 2

Tabela 1	Caracterização da violência com caráter de repetição notificada na população adulta de acordo com as características da vítima do agressor e da agressão. Espírito Santo, Brasil, 2011-2018	97
Tabela 2	Análise bivariada da violência com caráter de repetição notificada na população adulta de acordo com as características da vítima do agressor e da agressão. Espírito Santo, Brasil, 2011-2018	98
Tabela 3	Análise multivariada bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência com caráter de repetição notificada na população adulta. Espírito Santo, Brasil, 2011-2018	100

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	CONCEITOS, TIPOS E NATUREZA DA VIOLÊNCIA	18
2.2	MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NA POPULAÇÃO ADULTA	19
2.3	IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE	21
2.4	FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	22
2.5	POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA INTERPESSOAL ..	26
2.6	O PAPEL DO SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	28
2.7	A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	31
3	JUSTIFICATIVA	34
4	OBJETIVOS	36
4.1	OBJETIVO GERAL	36
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5	MÉTODOS	37
5.1	DELINEAMENTO	37
5.2	POPULAÇÃO	37
5.3	LOCAL DO ESTUDO	39
5.4	FONTE DE DADOS	39
5.5	PROTOCOLO DE QUALIFICAÇÃO DOS DADOS	40
5.6	VARIÁVEIS EM ESTUDO	40
5.6.1	Variáveis Dependentes	40
5.6.2	Variáveis Independentes	41
5.7	ANÁLISE DOS DADOS	43
5.8	ASPECTOS ÉTICOS	43
6	RESULTADOS	44
6.1	CAPÍTULO DE LIVRO 1	44
6.2	CAPÍTULO DE LIVRO 2	60
6.3	ARTIGO 1	77
6.4	ARTIGO 2	93
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	108

ANEXOS	114
ANEXO A – Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada	114
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	116
ANEXO C – Comprovante de submissão e aprovação do Capítulo de livro 1	122
ANEXO D – Capítulo de livro publicado em Gênero e sexualidade: Lugares, história e condições 3	123
ANEXO E – Artigo publicado na Revista Acta Paulista de Enfermagem	124
ANEXO F – Comprovante de submissão do Artigo 2	125

1 INTRODUÇÃO

A violência permeia os diversos serviços de saúde, sorrateira e despreziosa, por vezes, quase invisível aos olhos desatentos dos profissionais imersos em exaustivos plantões. Diante de tantos agravos, esse fenômeno e suas consequências acabam por ficar em segundo plano, e seus danos banalizados, destinados a outro momento ou outra esfera, ou seja, é inacreditavelmente reduzido e ignorado apesar da sua complexidade e magnitude.

Enquanto profissional de saúde, vivencio todos os dias o quanto a violência está presente na vida das pessoas e o quanto nós profissionais da saúde não estamos preparados para atender essa demanda. Nos últimos anos, trabalhando em um serviço de referência no atendimento às vítimas de violência, esse fenômeno se tornou mais presente, assim como o incômodo inevitável, ao me questionar o tipo de assistência que tem sido ofertada a esse público, e o que, afinal, o difere de outros.

Essa jornada de estudos e reflexão contou ainda com a participação do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA), grupo composto por profissionais de diversas áreas da atenção, docentes e discentes de graduação e pós-graduação que levam as discussões sobre a temática para fora dos muros da universidade. Dentre os projetos coletivos, a vivência dos desafios na assistência à mulher me impulsionou para as pesquisas e produções da população adulta, ciclo de vida onde se concentra grande parte das notificações de violência, mas que ainda negligenciamos na condução dos casos.

Sendo a violência relevante agravo de saúde que impacta negativamente a vida das pessoas, os profissionais de saúde tornam-se importantes atores no rastreamento e notificação das violências, no atendimento e encaminhamento das demandas surgidas e no rompimento do ciclo de violência vivido por tantas pessoas.

Nesse contexto, o setor saúde ocupa importante papel enquanto potência na detecção e na comunicação desse agravo por meio das notificações às instituições sanitárias e imediatamente no fomento de indicadores para embasar estratégias de enfrentamento desse ciclo de violência em que nossos usuários podem estar inseridos, ressaltando ainda sua abrangência e alcance em todo o território nacional.

Assim, compreender a gravidade e a relevância epidemiológica desse agravo na população adulta, e entender sua magnitude é fundamental para o fomento de políticas de enfrentamento e ações preventivas dentro e fora do setor saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONCEITOS, TIPOS E NATUREZA DA VIOLÊNCIA

Por seus impactos descritos nos diversos relatórios sobre mortes, doenças, incapacitação e tantas outras consequências sociais e na saúde da população mundial, a violência se impõe como importante problema global de saúde pública que faz milhões de vítimas todos os anos ao longo da história (WHO, 1996).

Existe uma dificuldade lógica na conceituação desse agravo, visto que a violência é “um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (MINAYO, 2006, p. 14). Em resumo, trata-se de um fenômeno polissêmico, complexo e controverso.

O conceito mais utilizado é o da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define violência como o uso intencional da força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, ou outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo no desenvolvimento ou privação (WHO, 1996).

No entendimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005a), as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais.

Para Minayo (2006), entende-se por violência o evento ou a ação intencional perpetrada por indivíduos, grupos, instituições, classes ou nações que causem danos ou prejuízos físicos, emocionais, sociais, psicológicos, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outrem. Para a autora, “a violência não é uma, é múltipla. [...] Encerrar a noção de violência numa definição fixa e simples é expor-se a reduzi-la, a compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica” (MINAYO, 2006, p. 13).

Quanto aos tipos de violências, a OMS categoriza o fenômeno em: *violência auto infligida* quando há autoagressão, incluindo automutilação; *violência interpessoal* quando a agressão é causada por outrem, independente de possuir laços afetivos

ou não; e *violência coletiva* quando é efetuada por grandes grupos com diversas motivações. Por sua natureza, podemos ainda tipificar a violência em física, sexual, psicológica, além de relacionada à privação ou ao abandono de outrem (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Ainda segundo os autores (DAHLBERG; KRUG, 2007), a violência interpessoal pode ser dividida em outras duas subcategorias: a *violência de família e de parceiros íntimos* que ocorre geralmente nos lares entre parceiros íntimos ou membros da família e inclui o abuso infantil, a agressão entre parceiros íntimos e os maus-tratos de idosos; e a *violência na comunidade*, que acontece entre indivíduos sem relação pessoal afetiva, geralmente fora dos lares, o que inclui a violência da juventude, os atos variados de violência, estupro, importunação sexual por desconhecidos, além da violência em instituições como escolas, empresas, prisões e instituições de longa permanência (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Por fim, a violência se estende a todos os ciclos da vida humana, se apresentando de forma diferente em cada fase do desenvolvimento, mas sempre presente e causando danos à saúde dos indivíduos. Enquanto os homens estão entre as principais vítimas de mortes violentas e lesões físicas graves captadas pelos serviços de urgência e emergência, as mulheres, as crianças e os idosos sofrem as consequências não fatais das violências física, sexual e psicológica, bem como da negligência; danos sociais e de saúde que ecoam durante anos ao longo de suas vidas e que não são percebidos nem acolhidos em nenhuma instituição (WHO, 2014).

2.2 MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NA POPULAÇÃO ADULTA

No mundo, são reportados, todos os anos, cerca de 1,3 milhão de mortes decorrentes da violência em todas as suas formas (interpessoal, coletiva e auto infligida), aproximadamente 2,5% da mortalidade geral (WHO, 2014).

Segundo os dados do registro civil de 2010, do total de óbitos registrados no Brasil, cerca de 10% foram considerados violentos, e em sua maioria vitimando a camada mais produtiva da população (IBGE, 2013). No estado do Espírito Santo, as mortes por causas externas figuram na terceira posição dentre as causas de óbitos na

população capixaba, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Estima-se que o mundo tenha perdido milhões de pessoas vítimas da violência interpessoal, produzindo um cenário semelhante, ou mais sombrio, ao de muitas guerras. Somente em 2012 foram registrados em torno de 475 mil homicídios, uma taxa global de 6,7 por cem mil pessoas (WHO, 2014).

O Brasil ainda ocupa espaço entre as nações mais violentas do mundo, apesar de atingir taxa de 27,8 mortes por homicídio por 100 mil habitantes no ano de 2018; a menor nos últimos quatro anos. No que tange ao estado do Espírito Santo, entre os estados da federação, nos últimos anos vem perdendo posições no ranking da violência, ocupando hoje o 16º lugar com taxa de 29,3 homicídios por 100 mil habitantes (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

Apesar dos homicídios ganharem destaque e serem mais divulgados, a violência interpessoal não fatal apresenta-se mais rotineiramente no cenário mundial quando comparada à violência fatal, trazendo consigo consequências sociais e de saúde graves, permanentes e muitas vezes incapacitantes (WHO, 2014).

A lista de danos em decorrência da violência não fatal é extensa e perpassa por lesões físicas, depressão, prejuízo na saúde reprodutiva, tabagismo, comportamento sexual de risco, consumo abusivo de álcool e outras drogas, comportamentos associados a doenças cardíacas, acidentes vasculares, câncer, HIV/Aids, morte prematura e diversos outros agravos crônicos e infecciosos. Não o bastante, esse tipo de violência impacta sobrecarregando os serviços de saúde em geral, as instituições de justiça e os serviços de assistência social, além das bases econômicas, uma vez que traz consigo o absenteísmo, a queda na produtividade e a perda da mão de obra produtiva (WHO, 2014).

No entanto, a violência é geralmente estimada pelo seu pior desfecho – o óbito da vítima – uma vez que os dados de mortalidade são mais fáceis de se obter em comparação com a inconsistência das informações sobre os impactos da violência não fatal, ficando a maior parte dos estudos restritos aos grandes centros populacionais e às lesões graves, subestimando as de menor gravidade física (CECILIO *et al.*, 2012). Ainda, de forma global, espera-se, para cada homicídio de jovens entre 10 a 24 anos de idade, cerca de 20 a 40 outros que precisam de

tratamento hospitalar por causa de lesões provocadas pela violência (ROSENBERG *et al.*, 2006).

Diante do exposto, compreende-se a violência como um importante problema de saúde pública no país, por ser responsável por uma porção significativa das morbidades ocupando o sexto lugar entre as motivações de internações hospitalares e pelas altas prevalências de violência doméstica, além de preocupante terceiro lugar entre as causas de mortalidade, gerando alto custo individual e coletivo (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

2.3 IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE

“Polissêmica e complexa, a violência é um fenômeno social que se manifesta em diversos locais e de diferentes formas [...] constituindo-se como um determinante do processo saúde-doença” (POLIDORO; CUNDA; DE OLIVEIRA, 2020, p. 196-197).

De modo geral, os impactos da violência na saúde humana incluem, para além das lesões físicas, a incapacitação, a depressão, problemas de ordem física e reprodutiva, o tabagismo, o comportamento sexual de risco juntamente com o abuso de álcool e drogas, a morte muitas vezes prematura e uma diversidade de outras doenças crônicas e infecciosas (WHO, 2014).

Alguns autores também associam a exposição à violência interpessoal a casos de autoavaliação de saúde negativa (ANDRADE; AZEREDO; PERES, 2020), ao aumento do consumo de álcool, relato de sofrimento (relacionado ao trauma) e sintomas de depressão e ansiedade (OVERSTREET *et al.*, 2017), além de maior risco de suicídio (HAGLUND *et al.*, 2016).

Nos casos de violência por parceiro íntimo, encontramos estudos associando esse tipo específico de violência interpessoal a relatos de depressão entre mulheres (LÖVESTAD *et al.*, 2017), de aborto espontâneo e de lesões físicas (TANIMU; YOHANNA; OMEIZA, 2016).

Para além disso, considerando o cenário pandêmico mundial, desastres naturais e crises globais de saúde – como a pandemia do novo coronavírus – disparam nas comunidades experiências adversas como desemprego, dificuldades financeiras,

luto e prejuízo nas relações sociais. O mundo tem observado cada vez mais comuns tais efeitos, atrelados aos reflexos da pandemia do novo coronavírus, com consequente aumento nos relatos de violência interpessoal. Isso porque as restrições impostas para conter a contaminação pelo vírus podem agir como estressores e tornar o ambiente familiar hostil e abusivo expondo os sobreviventes a maus tratos de toda ordem (CARBALLEA; RIVERA, 2020). A quarentena imposta pela situação epidemiológica mundial dificultou o acesso das vítimas aos serviços assistenciais (ELLIOTT *et al.*, 2023) e tornou ainda mais evidentes as vulnerabilidades socioeconômicas que assolam o cotidiano dos sobreviventes (SANTANA *et al.*, 2022).

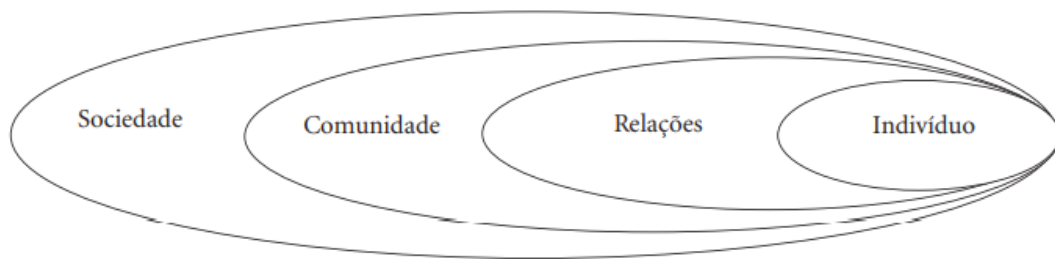
Por conseguinte, a pessoa em situação de violência geralmente possui sentimentos de medo, vergonha e culpa, o que torna o acolhimento, o acompanhamento e o apoio social da comunidade e de profissionais competentes fatores essenciais nesse processo (POLIDORO; CUNDA; DE OLIVEIRA, 2020).

As consequências da violência ecoam na saúde individual e coletiva das pessoas, e o setor saúde necessita responder a essas demandas, atentando para as múltiplas causas desse agravo e seus elementos socioeconômicos, culturais, históricos e subjetivos (BRASIL, 2005b).

2.4 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

Sendo a violência fruto de complexa interação entre fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais, compreender as relações estabelecidas entre esses fatores é ponto crucial ao delineamento das ações de saúde pública no enfrentamento da violência e de seus impactos na sociedade. A Figura 1 ilustra, de forma direta, um modelo ecológico da natureza múltipla e ampliada da violência. Aplicado desde os anos 1970, esse modelo foi utilizado para diferentes tipos de violência evidenciando, ao longo dos anos, a relação entre os fatores individuais e contextuais, e considerando a violência como um produto de múltiplos níveis, que influenciam de diferentes formas o comportamento humano em diferentes etapas da vida (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Figura 1. Modelo ecológico para compreender a violência.



Fonte: DAHLBERG; KRUG, 2007.

No *primeiro nível* encontramos os fatores biológicos e demográficos, além dos traços pessoais e comportamentais do indivíduo que de alguma forma aumentam as probabilidades de se assumir o papel de vítima ou de agressor.

De maneira geral, estudos apontam que pessoas jovens do sexo masculino são as mais envolvidas com a violência interpessoal, tanto no papel de vítima quanto no de agressor (SILVA *et al.*, 2014; CAVALCANTE *et al.*, 2020; SHEIKH, 2020). Em uma visão geral, homens jovens com idades entre 15 e 44 anos possuem mais chances de serem vítimas e perpetradores de violência em todo o mundo (MERCY *et al.*, 2017).

No que diz respeito ao abuso de substâncias, Sheikh (2020) observou o uso de álcool pelas vítimas associado a maior risco de agressão. Seguindo a mesma linha, Chen e outros (2019) observaram que casais homoafetivos vivendo com o HIV e que relatavam violência por parceiro íntimo eram mais propensos ao uso de álcool e outras drogas e ao uso de mais de uma substância.

Sobre os homicídios no Brasil e no mundo, homens jovens, pretos e pardos, e com baixa escolaridade são as principais vítimas (REICHENHEIM *et al.*, 2011). Já em estudo de casos não fatais de violência atendidos em serviços de urgência e emergência do estado de São Paulo, observou-se, além da alta prevalência de mulheres atendidas, a baixa escolaridade entre as vítimas (CECILIO *et al.*, 2012). Acrescida à essa informação, estudo realizado na capital capixaba com usuárias dos serviços de saúde evidenciou que as violências psicológica e física foram fortemente associadas à baixa escolaridade das vítimas, revelando as baixas expectativas e a falta de oportunidades para romper com o ciclo de agressões (LEITE *et al.*, 2017).

Em estudo sobre violência interpessoal na gestação, mulheres mais velhas, com idades entre 31 e 43 anos, e que se denominavam de religião evangélica relataram com mais frequência episódios de maus tratos na vida quando comparadas às mulheres mais jovens e de denominação católica, respectivamente (FIOROTTI *et al.*, 2018). Já em estudo realizado em Vitória, ES, com mulheres que sofriam violência por parceiro íntimo, entre as características do agressor que mantiveram associadas a altas prevalências de violências física, psicológica e sexual foi o fato do parceiro não ter ocupação (LEITE *et al.*, 2019).

O *segundo nível* do modelo identifica a possível influência das relações sociais próximas no comportamento do indivíduo, levando-o a experiências de vitimização ou de agressão.

Estudo multicêntrico sobre violência interpessoal por parceiro íntimo realizado em seis países, incluindo o Brasil, identificou fatores preditores para esse tipo específico de agravo como relato de adversidade na infância, violência ainda no namoro e iniciação sexual precoce (STOKES *et al.*, 2020).

Em outra pesquisa, realizada com homens perpetradores de violência física por parceiro íntimo, observou-se forte associação desse grupo com experiência anterior de violência e comportamentos e atitudes que reforçam as desigualdades de gênero (FLEMING *et al.*, 2015). Da mesma forma, a educação severa, rígida e inconsistente de pais para seus filhos tem sido fortemente associada à violência juvenil (WARD; DAWES, 2012), assim como o fato de testemunhar ou de ser vítima de violência na infância apresenta consistente associação com a violência interpessoal (FAZEL *et al.*, 2018).

No *terceiro nível* do modelo ecológico, analisamos os contextos comunitários em que o indivíduo e suas relações sociais se inserem, identificando assim os cenários associados às experiências violentas.

Sacco e colaboradores (2020) alertam para a relação entre o isolamento social proporcionado pela pandemia do novo coronavírus e a subnotificação dos casos de violência doméstica; fenômeno observado por Levandowski e colaboradores (2021) em estudo onde se conclui que o distanciamento social provocado pela pandemia reduziu as taxas de notificação de violência contra crianças e adolescentes por subnotificação. Além disso, o isolamento social reduz as chances da vítima se

afastar do seu abusador e chegar até algum serviço capaz de identificar a agressão (SACCO *et al.*, 2020).

Já no *quarto e último nível* do modelo, verificamos as características da sociedade que influenciam nas taxas de violência, as normas sociais que beneficiam a propagação e permanência desse agravo entre os indivíduos.

Em estudo sobre internações por trauma causados por violência interpessoal, Lim, McDermott e Read (2020) identificaram alta prevalência de vítimas entre mulheres indígenas comparada às não indígenas. Outro estudo, realizado com mulheres italianas vítimas de violência interpessoal, apontou o companheiro ou ex-companheiro como principal perpetrador, justificando a baixa responsabilização do agressor pelos estereótipos antigos que ainda permeiam essa população, embutindo nas mulheres a culpa pelas agressões e as induzindo a aceitar a violência pelo “bem da família” (CARABELLESE *et al.*, 2014).

Diante desse contexto, percebe-se que vários fatores de risco são comuns aos diversos tipos de violência, assim como podemos verificar associação entre os diferentes tipos de violência.

As associações entre a violência e os fatores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e econômicos sugerem que direcionando os fatores de risco por intermédio dos diversos níveis do modelo ecológico é possível contribuir para a redução de mais de um tipo de violência (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 1174).

Marinho Neto e Girianelli (2020) ressaltam que fatores como desconhecimento das vítimas sobre a violência enquanto agravo de saúde, ou mesmo a desinformação de alguns profissionais de saúde que entendem a notificação como denúncia contribuem para a subnotificação dos casos e alertam para a necessidade de empregar esforços na capacitação profissional para que os serviços possam identificar as vítimas da violência e oportunizar assistência e prevenção a esse agravo.

2.5 POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

O fenômeno violência vem se consolidando ao longo dos anos enquanto agravo de saúde, uma vez que impacta negativamente a vida e a saúde dos sujeitos e de toda a sociedade. Seu enfrentamento perpassa pela formulação de políticas públicas e pela organização de serviços especializados com o foco na prevenção e no manejo da assistência (COELHO *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria nº 737/GM, em 16 de maio de 2001, aparece nesse cenário como marco regulatório para diversos segmentos, principalmente do setor saúde. Essa política tem por pressuposto a saúde entendida como um direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde; e a promoção da saúde como base para o desenvolvimento de todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. Possui, ainda, por diretrizes: a promoção e a adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; o monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2005a).

A criação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, por meio da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, no ano de 2004, foi um importante passo nesse processo de estruturação das ações com o intuito de discutir o tema, fortalecer as intervenções locais e melhorar a qualidade da informação gerada (COELHO *et al.*, 2014).

Em relação às políticas originadas de outras áreas, destaca-se o fomento de discussões e ações em prol da flexibilização do acesso a armas e munição e sua conhecida relação com o aumento dos índices de violência fatal (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

Na linha das políticas da garantia de direitos, mais especificamente na pasta das violências contra as mulheres, podemos citar importantes dispositivos jurídicos, como a Lei 11.340, de 2006, conhecida por Lei Maria da Penha, que coíbe a violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006); e a Lei 13.104, de 2015, que trata o feminicídio como crime hediondo (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar que esses movimentos institucionais relacionados ao enfrentamento da violência foram baseados, na sua maioria, na problemática da violência contra a mulher, considerando pouco a violência entre os homens, limitando a abordagem aos homicídios, à violência urbana e ao papel de agressor (COELHO *et al.*, 2014).

Exemplo de estratégia local no estado do Espírito Santo foi o programa “Estado Presente”, lançado no período de 2011 a 2014 e retomado em 2019, enquanto estratégia de segurança pública para redução gradativa das taxas de homicídios que retirou o Espírito Santo do 2º lugar no ranking dos estados mais violentos do país para a 19ª posição em 2016, com 32 homicídios por 100 mil habitantes (CERQUEIRA *et al.*, 2018).

O Programa Estado Presente em Defesa da Vida consiste da articulação de políticas públicas envolvendo diversas secretarias e integrando as instituições de segurança com o intuito de reduzir os índices de violência e criminalidade por meio de ações como a criação de delegacias especializadas, do Observatório de Segurança Pública e da Patrulha da Comunidade. Além disso, atua em dois eixos centrais: controle da criminalidade e prevenção à violência, por meio de acesso aos serviços básicos e da promoção da cidadania em regiões de vulnerabilidade social. Sua atuação é pautada em indicadores e metas que permitem aos gestores o acompanhamento das ações e intervenções, policiais e sociais (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Políticas como essa evidenciam que mudanças no modelo de gestão da segurança pública, com planejamento por resultados, qualificação dos policiais e ações de prevenção trazem resultados expressivos para toda sociedade (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

Nos últimos anos, importantes dispositivos legais e estratégicos como os supracitados surgiram como mecanismo de enfrentamento da violência. No entanto, se, por um lado, essas leis e portarias de amparo às pessoas vítimas de violência

sejam imprescindíveis no campo jurídico, por outro, cabe ao poder público o importante papel de garantir o cumprimento desses dispositivos (GARBIN *et al.*, 2015).

No campo das formalidades, o Brasil apresentou avanços na institucionalização dos direitos. Contudo, os princípios da universalidade e da igualdade observados no papel não refletem a realidade da vida de milhares de brasileiros ainda marcados por desigualdades de classe, gênero e étnico-raciais (COELHO *et al.*, 2014).

Para Andalaft Neto e colaboradores (2012), progressos importantes aconteceram nos últimos anos no que diz respeito à visibilidade da violência enquanto problema de saúde pública. No entanto, ainda há amplo caminho a percorrer para que esse reconhecimento reflita a prática, uma vez que os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde ainda são pouco utilizados pelos serviços de referência. Afinal, ainda nos deparamos com uma assistência fragmentada baseada na abordagem limitada de enfoque nas doenças, reduzida aos saberes biomédicos dissociados do contexto biopsicossocial dos indivíduos (COELHO *et al.*, 2014).

2.6 O PAPEL DO SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

A inclusão do setor saúde enquanto protagonista no enfrentamento dos acidentes e violências no país teve início com a aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, apoiada no amplo conceito de saúde e tratando a violência como real problema de saúde pública, ampliando as responsabilidades e compromissos com os outros setores e com a sociedade civil, além de definir o papel específico desse setor e os instrumentos que lhe são próprios para efetiva assistência (LIMA, 2009).

Segundo Batista e colaboradores (2018), quanto mais precoce for o contato das vítimas de violência com os serviços de saúde, mais eficazes se tornam as ações investigativas e de assistência. Nessa linha, a organização da assistência à saúde possui por desafios a incorporação da prevenção da violência como parte da atenção primária; a otimização das respostas assistenciais de saúde às vítimas da violência; o pronto atendimento às demandas urgentes; a articulação de parcerias no

intuito de obter ações integradas; além da criação e da efetivação dos planos nacionais de doenças e agravos, incluindo a prevenção da violência no nível local, articulado com as diferentes áreas e experiências exitosas existentes; a ampliação da capacidade de vigilância das violências; e a definição e o apoio a pesquisas sobre causas, consequências, custos e ações de combate e prevenção à violência (MALTA *et al.*, 2007).

O setor da saúde e seus profissionais possuem papel relevante no enfrentamento à violência. Uma característica importante desse setor, principalmente quando falamos de saúde pública, está na ênfase que se dá à prevenção. Para Dahlberg e Krug (2007), mais do que simplesmente reagir à violência, a saúde pública entende que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados.

A abordagem da saúde pública também coloca ênfase na ação coletiva. Com frequência tem sido comprovado que esforços coletivos provenientes de setores diversos, como saúde, educação, serviço social, justiça e políticas, são necessários para solucionar aquilo que usualmente é considerado um problema unicamente médico. Cada setor desempenha um papel importante na solução do problema, e, coletivamente, as várias abordagens têm o potencial de produzir reduções relevantes da violência (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 1164).

Diante das dificuldades apresentadas pela assistência, alguns autores (OLIVEIRA *et al.*, 2012; PORTO; BISPO JUNIOR; LIMA, 2014; SOUSA *et al.*, 2015) trazem a insegurança e o medo como principais empecilhos na abordagem à violência pelos profissionais de saúde; sentimentos ampliados pela posição de vulnerabilidade dos serviços e pelo temor às possíveis represálias por parte dos agressores. Por consequência, a assistência acaba se restringindo ao atendimento das queixas físicas, em detrimento da dimensão psicossocial do problema, fazendo com que muitos profissionais tenham a incrível marca de nunca terem notificado ou encaminhado alguma vítima de violência.

Nesse contexto, observando-se as particularidades de cada profissional envolvido na assistência, todos devem desempenhar suas funções em consonância com as normativas específicas de cada área do saber; do contrário, estarão sujeitos às sanções previstas nos códigos do seu exercício profissional (GARBIN *et al.*, 2015).

Os profissionais de saúde necessitam conhecer o fenômeno violência em toda a sua amplitude a fim de cumprir com seu trabalho de forma ética, comunicando aos órgãos competentes os casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças, adolescentes, adultos ou idosos para garantia da prevenção, acompanhamento e proteção dos casos (GARBIN *et al.*, 2015).

Para Minayo e colaboradores (2018), não se pode negar que, nos últimos anos, avanços, mesmo que discretos, aconteceram na assistência às vítimas de violência por meio da formação continuada, promovendo, por consequência, um aumento da capacidade de diagnóstico e o acesso aos serviços de assistência. No entanto, esse movimento ainda está aquém do necessário para o adequado enfrentamento da violência.

Nos 16 anos da homologação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o país pode comemorar por ser um dos poucos a ter uma política de saúde especificamente dirigida a este problema social. Vários foram os avanços [...], mas muitos desafios ainda persistem, demonstrando que a violência, em suas distintas formas de expressão necessita tornar-se parte da agenda prioritária do setor saúde, conforme ainda demonstram sua magnitude e impactos na qualidade de vida da população (MINAYO *et al.*, 2018, p. 2014).

O desafio diante dessa problemática é grande, e depende da atuação e da integração dos diferentes setores do governo e da sociedade (CERQUEIRA *et al.*, 2018). A quebra de paradigmas, a educação continuada e a conscientização da importância da notificação dos casos trazem potência à construção de políticas públicas eficazes e consequente enfrentamento do problema (GARBIN *et al.*, 2015).

Entre as estratégias acima, a notificação dos casos às autoridades sanitárias se destaca por dar visibilidade e contorno ao problema e, assim, permitir a construção de políticas mais efetivas e direcionadas (GARBIN *et al.*, 2015).

2.7 A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, a violência entrou oficialmente na pauta do setor da saúde em 2001, ano da promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e Violência. Inicialmente, a política aborda a violência contra a criança e o adolescente, a violência de gênero, a violência contra a pessoa idosa, a violência no trânsito, a violência no trabalho e, mais recentemente, as violências étnica, contra a população portadora de deficiências e a contra pessoas LGBT (MINAYO *et al.*, 2018).

Atualmente, são de notificação compulsória os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra homens e mulheres de todas as idades. Para violências comunitárias, somente há notificação em casos de crianças, adolescentes, mulheres, idosos, indígenas, pessoas com deficiência e população LGBT (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde reconheceu a violência como agravo de notificação compulsória por meio da Lei 10.778, de novembro de 2003, dando obrigatoriedade à sua comunicação aos órgãos competentes e, por conseguinte, a geração de dados que possibilitem o fomento de ações de prevenção e combate à violência (BRASIL, 2003). No entanto, apenas no ano de 2011, por meio da Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, as violências autoprovocadas e interpessoais foram efetivamente inseridas na assistência às pessoas vítimas de violência e, a partir de então, gradativamente, nos serviços de saúde brasileiros (BRASIL, 2011).

Assim, sua obrigatoriedade abrange todos os profissionais de saúde, auxiliares e gestores de organizações e estabelecimentos públicos e privados, de ensino e de saúde, cabendo sanções legais a quem se omite ou não realiza preenchimento adequado (POLIDORO; CUNDA; DE OLIVEIRA, 2020).

A violência possui demanda de cuidados de saúde que compromete a qualidade de vida dos indivíduos. A notificação assume papel importante na linha de cuidado, dando visibilidade ao problema, subsidiando os serviços e as políticas públicas (MARINHO NETO; GIRIANELLI, 2020).

Dessa forma, a notificação compulsória das violências nos sistemas de informação em saúde, além de compromisso legal dos profissionais da área, funciona como disparador de ações conjuntas da rede de atenção na garantia do acompanhamento e do cuidado nos casos (BATISTA *et al.*, 2018).

Assim posto, a notificação dos casos de violência pelos profissionais de saúde consiste em uma etapa imprescindível desse processo.

A violência apresenta-se como grave ameaça à vida da população, sendo oportuno destacar que, por meio da notificação, cria-se um elo entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação de uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação, fundamental para uma intervenção menos burocrática e mais eficiente dos casos (GARBIN *et al.*, 2015, p. 1887-1888).

Sendo assim, percebemos que os dados obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) são a base forte nesse processo. Para tanto, deve-se assegurar que esses dados sejam válidos e consistentes para apoiar as ações pretendidas.

Apesar de instituída nacionalmente como etapa obrigatória do processo de atenção às vítimas de violência, o preenchimento dos dados da ficha de notificação ainda apresenta qualidade ruim, apontando para a necessidade de monitoramento e capacitação dos serviços assistenciais, não apenas para impactar na quantidade dos registros, mas também na qualidade da informação (SOUSA *et al.*, 2020).

A ficha de notificação de violências possui suas singularidades. Além de estar entre as mais recentemente implantadas, é sem dúvida a mais complexa do sistema, contendo em um único documento a fusão de fichas já existentes (autoagressão, maus tratos da criança e adolescente, maus tratos do idoso e violência contra mulher) e termos atuais ainda em discussão pela sociedade – como identidade de gênero, comportamento sexual e sexismo – cujos significados ainda não são de completo domínio por parte dos profissionais e das vítimas; o que pode levar a alguns equívocos no preenchimento adequado dos campos (GIRIANELLI *et al.*, 2018). Por outro lado, culpar os profissionais de saúde pela subnotificação e pelos desacertos da assistência não justifica as demandas dos serviços de saúde (KIND *et al.*, 2013).

Estudos conduzidos no Brasil (FERNANDES *et al.*, 2018; GIRIANELLI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; KIND *et al.*, 2013) identificam limitado conhecimento por parte dos profissionais que atuam na assistência sobre os tipos de violência, a obrigatoriedade da notificação e as possibilidades de encaminhamento dos casos; bem como evidenciam a necessidade de qualificação contínua dos profissionais para a identificação e notificação dos casos, além da ênfase sobre a importância de se garantir um adequado preenchimento dos dados.

Exemplo disso, Marinho Neto e Girianelli (2020) avaliam, em seu estudo, que, apesar da violência psicológica ser a mais prevalente quando entrevistadas mulheres adultas, a violência física ainda possui maior visibilidade, o que a torna responsável pela maior parte das notificações realizadas nessa população. Sem uma rotina adequada de preenchimento das fichas, que espelhe a realidade dos serviços, não há como produzir estratégias eficazes no enfrentamento das violências.

Estudos como esses nos alertam para a frequente subnotificação dos casos e ressaltam a importância de manter as equipes de saúde capacitadas para identificar potenciais vítimas de violência e, por conseguinte, reduzir as perdas na assistência e na prevenção do agravo (MARINHO NETO; GIRIANELLI, 2020).

Por seu impacto na saúde humana, a saúde pública tem assumido importante papel na prevenção e redução dos índices de violência em todo o mundo (DAHLBERG; KRUG, 2007). No entanto, pela magnitude do problema, dificilmente conseguirá esse feito sozinha, contudo, como parte da rede de assistência, possui indiscutível potencial na prevenção desse agravo.

3 JUSTIFICATIVA

Historicamente, a violência permeia o cotidiano e a vida das pessoas, impactando diferentes setores da sociedade. “Da mesma forma que seus impactos, algumas causas da violência são facilmente constatadas. Outras estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana” (DAHLBERG; KRUG, 2007, p.1164). No que tange o setor saúde, a violência, por sua abrangência, pode ser considerada um grave problema de saúde pública, que aflige todo o mundo e que merece a atenção de todos os envolvidos.

Considerando a magnitude da violência e seus impactos na sociedade, a análise mais aprofundada dos casos na população adulta possui importância tanto social quanto científica. Apesar dos avanços observados nos últimos anos no que trata as produções acadêmicas, as políticas e ações de prevenção, assistência e enfrentamento da violência, o cenário encontrado no cotidiano das comunidades denuncia a necessidade de maiores intervenções que minimizem os efeitos desse agravo.

A violência interpessoal está presente em todos os ciclos de vida do indivíduo, afetando de diferentes maneiras as diversas áreas da sociedade e equipamentos públicos. Existe uma preocupação particular quando se trata do estrato etário ativo, reprodutivo e produtivo, seja econômico ou social, a população adulta que, de maneira geral, representa a maior camada dessa coletividade.

No que diz respeito às produções acadêmicas, há ainda um longo caminho a se percorrer. Apesar de muitos estudos focarem no desfecho homicídio como “termômetro” da violência, o número de mortes causadas por esse agravo é apenas uma pequena parcela dentre os inúmeros danos provocados na saúde e nas dimensões socioeconômicas da sociedade, quando somamos a esse grupo os sobreviventes da violência não fatal.

Sobre os poucos estudos que se atentam para a violência interpessoal, geralmente se limitam aos grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes e idosos. Mesmo os que abordam o problema na população adulta, geralmente tratam da violência contra a mulher ou em grupos restritos, deixando uma lacuna a ser preenchida. Como exemplo desse cenário, podemos citar um estudo realizado na

grande São Paulo com 3.193 mulheres usuárias dos serviços de saúde com idades entre 15 e 49 anos sobre vivência de violência durante a vida, onde observou-se prevalência de 76% para ao menos tipo de violência interpessoal em algum momento da vida (SCHRAIBER *et al.*, 2007). No Espírito Santo, estudo semelhante realizado na cidade de Vitória, ES, com 991 mulheres, identificou altas prevalências de violências psicológica (25,3%), física (9,9%) e sexual (5,7%) perpetrada pelo parceiro íntimo vivenciada pelas usuárias (LEITE *et al.*, 2017).

No que diz respeito ao registro do agravo nas bases de dados do SINAN, segundo avaliação do boletim epidemiológico do estado, entre os anos de 2011 e 2018 foi registrado um aumento gradativo das notificações de violência pelos serviços assistenciais, resultado de inúmeras ações de capacitação e sensibilização de profissionais e gestores para a causa (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Diante do exposto, estima-se que estamos diante de uma questão de saúde pública ampla e complexa, mas ainda pouco explorada, que envolve diversos setores da sociedade e que precisa ser melhor compreendida para ser adequadamente enfrentada.

Além disso, conhecer as particularidades que cercam a população adulta afetada pela violência interpessoal em solo capixaba nos permite reconhecer possíveis falhas de condução de estratégias e apontar para soluções mais efetivas.

Finalmente, esta pesquisa objetiva obter uma visão mais detalhada sobre a temática no estado, proporcionando maior subsídio na elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento à violência na população adulta do Espírito Santo, contribuindo, de maneira direta, para a redução dos índices negativos no cotidiano do capixaba.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a frequência dos diferentes tipos de violência interpessoal na população adulta do estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018, e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da agressão.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a frequência de casos de violência psicológica na população adulta, notificados no estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018, e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da agressão.

- Identificar a frequência de casos de violência física na população adulta, notificados no estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018, e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da agressão.

- Identificar a frequência de casos de violência sexual na população adulta, notificados no estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018, e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da agressão.

- Identificar a frequência de casos de violência com caráter de repetição na população adulta, notificados no estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018, e analisar sua associação com as características da vítima do agressor e da agressão.

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico, do tipo transversal.

Segundo Medronho e colaboradores (2009), os estudos transversais se caracterizam pela observação direta de um grupo de indivíduos em um momento único, de tal maneira que os objetivos do estudo estarão sempre atrelados a um local e época demarcados. Os analíticos, por sua vez, indicam associações entre as variáveis.

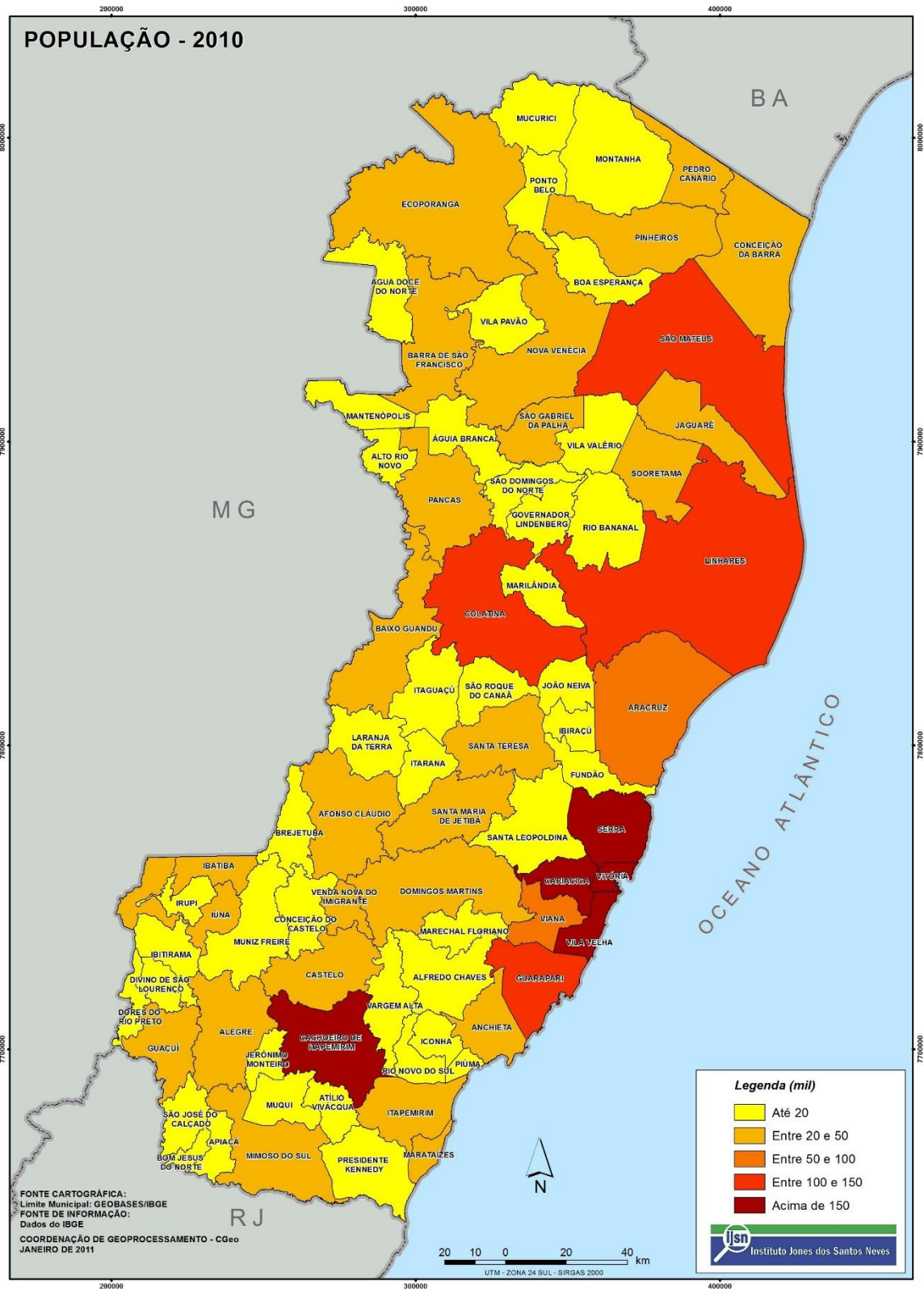
5.2 POPULAÇÃO

A população deste estudo foi composta por todos os casos de violência notificada no Espírito Santo, entre os anos de 2011 e 2018, de indivíduos em idade adulta entre 20 e 59 anos de idade.

Segundo o último censo do IBGE (2010), a população geral do Espírito Santo no ano de 2010 era de 3.514.952 habitantes, sendo a projeção para o ano de 2020 era que esse número já passasse dos 4 milhões.

A população adulta do estado é de 1.876.614 pessoas em idades de 20 a 59 anos – mais de 50% da população geral – sendo essa composição formada por 925.152 homens e 951.462 mulheres nessa faixa etária (IBGE, 2010).

Figura 2. Mapa da distribuição da população do Espírito Santo, Brasil, 2010 (IJSN).



Fonte: IJSN, 2016.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo corresponde ao estado do Espírito Santo, localizado na região sudeste do Brasil, tendo o estado da Bahia ao norte, o Rio de Janeiro ao sul, Minas Gerais a oeste e noroeste e o Oceano Atlântico ao leste. Formado por 78 municípios, possui cerca de 46.074,444 km² de extensão territorial (IJSN, 2016).

Segundo os dados do último censo, o estado possui densidade demográfica de 76,25 habitantes/km² e sua população está em 7º lugar entre as unidades federadas do país no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) com 0,740 (IBGE, 2010).

Habitado de maneira desigual, o Espírito Santo possui sua população distribuída irregularmente em seus 78 municípios, com cerca de 52,56% deles com menos 20 mil habitantes e apenas 9 municípios com mais de 100 mil habitantes, ressaltando, ainda, que a região metropolitana, composta de 7 cidades, concentra 48% do total da população do estado e que, em média, 83,5% dos capixabas moram em áreas urbanas (ESPÍRITO SANTO, 2011).

5.4 FONTE DE DADOS

O banco de dados utilizado neste estudo provém das notificações de violência na população adulta registradas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) no estado do Espírito Santo nos anos de 2011 a 2018.

Os dados foram cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA) e o ponto de corte temporal – os anos de 2011 a 2018 – foi estabelecido considerado a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 do Ministério da Saúde (MS), que incluiu as violências na lista de agravos de notificação compulsória em território brasileiro (BRASIL, 2011).

A ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada (ANEXO A) é o instrumento utilizado nas bases da assistência para casos suspeitos ou confirmados que alimenta o banco de dados do SINAN. Conhecida pelos profissionais de saúde entre os agravos de fichas mais extensas e complexas do

sistema, possui um instrutivo próprio para auxiliar no preenchimento dos campos relacionados (GIRIANELLI *et al.*, 2018).

O banco de dados em análise foi importado do SINAN Net em arquivo único do Microsoft Excel.

5.5 PROTOCOLO DE QUALIFICAÇÃO DOS DADOS

A partir da disponibilização do banco de dados para a pesquisa, foi realizada a análise exploratória com qualificação das variáveis de interesse, segundo as diretrizes do próprio instrutivo de Notificação Interpessoal e Autoprovocada, corrigindo possíveis erros de registro ou inconsistências do banco, finalizando o banco com 22.532 registros na faixa etária de 20 a 59 anos.

Finalizada a etapa de qualificação do banco de dados, prosseguiu-se às análises das variáveis de interesse.

5.6 VARIÁVEIS EM ESTUDO

5.6.1 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes ou variáveis de desfechos deste estudo são as violências, avaliadas conforme os tipos do agravo (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação da variável desfecho.

Variável	Categoria	Classificação
Violência	1 – Física 2 – Psicológica 4 – Sexual 5 – Outras	Categórica (sim/não)
	Ocorreu outras vezes? (Repetição)	

Em virtude de o desfecho apresentar frequências muito distintas, todas as análises foram realizadas utilizando a estratificação do tipo de violência e por sexo.

5.6.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes são as características da vítima, do agressor e as características da ocorrência, conforme detalhado nos Quadros de 2 a 4.

Quadro 2. Características da vítima.

Variável	Categoria	Classificação
Idade	1 – 20 a 29 anos 2 – 30 a 39 anos 3 – 40 a 49 anos 4 – 50 a 59 anos	Ordinal
Sexo	1 – <i>Feminino</i> 2 – <i>Masculino</i>	Categórica
Raça	1 – <i>Branca</i> 2 – <i>Pretos</i> 3 – <i>Parda</i>	Categórica
Escolaridade	1 – 0 a 4 anos 2 – 5 a 8 anos 3 – 9 anos ou mais	Ordinal
Situação Conjugal	1 – <i>Sem companheiro</i> <i>(solteiro/viúvo/separado)</i> 2 – <i>Com companheiro</i> <i>(casado/união estável)</i>	Categórica
Presença de deficiência ou transtorno	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>	Categórica
Município	<i>Múltiplas opções</i>	Categórica

Quadro 3. Características do agressor.

Variável	Categoria	Classificação	Aferição
Número de envolvidos	1 – <i>Um</i> 2 – <i>Dois ou mais</i>	Categórica	SINAN
Sexo	1 – <i>Feminino</i> 2 – <i>Masculino</i> 3 – <i>Ambos os sexos</i>	Categórica	SINAN
Idade	1 – <i>0 a 10 anos</i> 2 – <i>20 a 24 anos</i> 3 – <i>25 a 59 anos</i> 4 – <i>60 anos ou mais</i>	Ordinal	SINAN, reclassificação
Vínculo com a vítima	1 – <i>Parceiros (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado)</i> 2 – <i>Amigo/conhecido</i> 3 – <i>Desconhecido</i>	Categórica	SINAN, reclassificação
Suspeita de uso de álcool	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>	Categórica	SINAN

Quadro 4. Características da ocorrência.

Variável	Categoria	Classificação	Aferição
Município	<i>Múltiplas opções</i>	Categórica	SINAN
Zona	1 – <i>Urbana/Periurbana</i> 2 – <i>Rural</i>	Categórica	SINAN, reclassificação
Horário	1 – <i>Manhã (6h às 11h59)</i> 2 – <i>Tarde (12h às 17h59)</i> 3 – <i>Noite (18h às 23h59)</i> 4 – <i>Madrugada (00h às 5h59)</i>	Categórica	SINAN, reclassificação
Local	1 – <i>Residência</i> 2 – <i>Via pública</i> 3 – <i>Outros</i>	Categórica	SINAN, reclassificação
Repetição	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>	Categórica	SINAN
Encaminhamento	1 – <i>Sim</i> 2 – <i>Não</i>	Categórica	SINAN, adaptação

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados descritiva e inferencial foi feita utilizando-se o programa Stata versão 14.1. As análises descritivas sumárias foram apresentadas por meio de tabelas de frequência absolutas, relativas e intervalo de confiança de 95%. Nas análises bivariadas foi utilizado os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, conforme pressuposto, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância 5% ($p\text{-valor} < 0,05$).

Nas análises multivariadas, foi utilizada a Regressão de Poisson com variância robusta sendo apresentado como medida a Razão de Prevalência com Intervalos de Confiança de 95%. A entrada no modelo ocorreu com o valor de $p < 0,20$ e sua permanência no modelo com $p < 0,05$. Foi observada a análise hierárquica das variáveis com as características das vítimas como primeiro nível e as características do agressor e da ocorrência como segundo nível.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte do projeto *Violência nos diferentes ciclos de vida no estado do Espírito Santo: uma análise epidemiológica*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo identificado pela inscrição número 2.819.597 (ANEXO B).

Foram observadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/12 em todas as etapas da pesquisa, cumprindo, em especial, com o sigilo e a preservação das informações obtidas. O sigilo das informações obtidas foi garantido mediante a não identificação nominal dos sujeitos da pesquisa, que foram identificados numericamente. A guarda das informações ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável pelo projeto durante o período de pelo menos cinco anos.

6 RESULTADOS

Para responder aos objetivos propostos, os resultados deste estudo foram apresentados na forma de quatro artigos, que seguem.

6.1 CAPÍTULO DE LIVRO 1

Título: Violência psicológica na população adulta: uma análise dos casos no Espírito Santo, Brasil.

Editora: Atena.

Situação: Aprovado. Aguardando publicação.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA NA POPULAÇÃO ADULTA: UMA ANÁLISE DOS CASOS NO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Psychological violence in the adult population: an analysis of cases in Espírito Santo, Brazil

RESUMO

Objetivo: Identificar a frequência de violência psicológica em adultos e sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência. **Método:** Estudo transversal dos casos de violência psicológica notificados de 2011 a 2018 em adultos entre 20 e 59 anos do Espírito Santo no Sistema de Informação de Agravos e Notificação. **Resultados:** A violência psicológica foi responsável por 7,3% das notificações de violência interpessoal e cerca de 7 vezes mais frequente entre mulheres. A ocorrência foi maior no grupo de 50 a 59 anos de idade (RP: 2,45) e entre os que possuíam ao menos 9 anos de estudo (RP: 2,05). Além disso, foi associada à ausência de deficiências ou transtornos (RP: 1,89), residência da vítima em área urbana ou periurbana (RP: 2,09), agressores com 25 anos ou mais de idade (RP: 1,37) e do sexo masculino (RP: 1,48) com vínculo de parceiro íntimo (RP: 1,85) e sem suspeita de uso de álcool (RP: 1,61). A violência teve caráter de repetição

(RP: 5,49). **Conclusão:** Os dados apontam para a relevância da temática nos diferentes setores da atenção e para o protagonismo da saúde no enfrentamento desse agravo.

Palavras-chave: Abuso emocional; Adulto; Estudos transversais; Sistema de informação em saúde; Violência.

ABSTRACT

Objective: To identify the frequency of psychological violence in adults and its association with the characteristics of the victim, the aggressor, and the occurrence.

Method: This is a cross-sectional study of reported cases of psychological violence from 2011 to 2018 in adults between 20 and 59 years old in Espírito Santo in the Information System for Diseases and Notification. **Results:** Psychological violence was responsible for 7.3% of reports of interpersonal violence and about 7 times more frequent among women. The occurrence was higher in the 50 to 59-year-old group (PR: 2.45) and among those who had at least 9 years of education (PR: 2.05). In addition, it was associate to the absence of disabilities or disorders (PR: 1.89), victim's residence in an urban or peri-urban area (PR: 2.09), aggressors aged 25 years or older (PR: 1.37) and male (PR: 1.48) with an intimate partner relationship (PR: 1.85) and without suspicion of alcohol use (PR: 1.61). The violence was repetitive (RP: 5.49). **Conclusion:** The data point to the relevance of the theme in different sectors of care and to the role of health in dealing with this problem.

Keywords: Adult; Cross-sectional Studies; Emotional Abuse; Health Information System; Violence.

INTRODUÇÃO

A violência psicológica pode ser entendida como toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes ou ações abusivas contra outrem em interesse próprio; definindo-se ainda como toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento de suas vítimas⁽¹⁾. De maneira geral, pode ser expressa por agressões verbais ou gestuais com o intuito de aterrorizar, rejeitar, humilhar,

restringir a liberdade ou impedir que a vítima mantenha contato com outras pessoas⁽²⁾.

Pela subjetividade do seu conceito e por nem sempre deixar traços físicos da agressão em suas vítimas, essa violência traz consigo a marca da invisibilidade diante da sociedade e dos serviços assistenciais, passando muitas vezes despercebida ou mitigada pelos profissionais de saúde e pela própria vítima⁽³⁾. A violência psicológica evidencia as relações desiguais de poder entre os envolvidos, colocando a mulher no lugar de vulnerabilidade e o homem no lugar de força, uma vez que as violências relacionadas ao gênero são reflexo da nossa sociedade patriarcal e capitalista, cabendo à mulher os papéis de submissão e inferioridade, construídos ao longo dos anos⁽⁴⁾.

Considerado um fenômeno social de alta complexidade, a violência psicológica enquanto problema de saúde pública atinge não apenas suas vítimas, mas também seus familiares e a sociedade em geral, permeando diferentes cenários e ciclos de vida, caracterizando-se como problema de ordem global, silencioso, mas devastador, que produz efeitos de toda a ordem às suas vítimas. Ainda invisível para muitos, o abuso emocional apresenta-se silencioso e sorrateiro, mas agressivo e devastador, capaz de causar danos incalculáveis às suas vítimas⁽⁵⁾.

As agressões psicológicas podem resultar não apenas em problemas de saúde mental, como também em maior vulnerabilidade a outras doenças, uma vez que as vítimas experimentam imunidade reduzida pelo estresse e pela autonegligência causados pelo abuso⁽⁶⁾. Por sua extensão e impactos na saúde física, mental e social, a violência psicológica, assim como os demais tipos de violência, deve ser encarada como um problema de saúde pública a ser confrontado.

Apesar de não ser um problema exclusivo da saúde, este setor possui papel de destaque nas políticas de enfrentamento à violência por possuir, em suas bases, instrumentos de garantia de direitos e por ser acessível a todos os indivíduos em algum momento da vida, configurando uma porta de entrada em potencial para a rede de assistência. Os sistemas de informação em saúde permitem a articulação dos serviços e a ação conjunta com outras áreas como a educação, a assistência social, o judiciário e as organizações não governamentais, bem como possibilita o cuidado e o atendimento por meio do estreitamento das relações entre os profissionais da assistência e as pessoas em situação de violência⁽⁷⁾.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo identificar a frequência de casos de violência psicológica na população adulta, notificados no Espírito Santo entre 2011 e 2018, e analisar a sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado com os dados das notificações geradas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) do estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018.

Com um pouco mais de 46 mil km² de extensão, o estado do Espírito Santo possui 78 municípios e uma população estimada de 4 milhões de habitantes, dentre os quais, cerca de metade são adultos na faixa etária dos 20 aos 59 anos⁽⁸⁾.

O corte temporal foi definido a partir da publicação da Portaria 104 de janeiro de 2011, que deu caráter de notificação compulsória ao registro da violência em todos os serviços de saúde brasileiros⁽⁹⁾. Conseqüentemente, todos os casos de violência devem ser notificados aos setores de vigilância por meio da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada composta por dados da vítima, do agressor e da ocorrência.

Neste estudo, a variável de desfecho foi a violência interpessoal psicológica (sim/não). Como variáveis independentes, foram elencadas as características da vítima como sexo (feminino/masculino), idade (20 a 29 anos/30 a 39 anos/40 a 49 anos/50 a 59 anos), cor (branca/preta ou parda), escolaridade (0 a 4 anos/5 a 8 anos/9 anos ou mais), situação conjugal (sem companheiro/com companheiro), presença de deficiências/transtornos (sim/não) e zona de residência (urbana ou periurbana/rural). Quanto às características do agressor, elencaram-se sexo (feminino/masculino), idade (0 a 24 anos/25 anos ou mais), vínculo com a vítima (parceiro íntimo atual ou ex/outros) e suspeita de uso de álcool (sim/não). Para as características da agressão, considerou-se se ocorreu na residência (sim/não), se possui caráter de repetição (sim/não), e se gerou encaminhamento para outros serviços (sim/não).

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências relativa e absoluta com intervalos de confiança de 95%. Para a análise inferencial bivariada foi

utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson e, para a análise multivariada, a Regressão de Poisson, onde as variáveis entraram no modelo hierárquico com as características da vítima no primeiro nível seguidas das características do agressor e da agressão no segundo nível. Entraram no modelo as variáveis que obtiveram valor de p menor que 0,2 na análise bivariada e sua manutenção seguiu o critério de p menor que 0,05. Os resultados foram expressos em tabela por Razão de Prevalência (RP), bruta e ajustada, com intervalos de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas com o *software* Stata 14.1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob parecer número 2.819.597, obedecendo às normas e diretrizes das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre os anos de 2011 e 2018 foram registradas 1.649 (P: 7,3%; IC 95%: 7,0-7,7) notificações de violência psicológica na população adulta do estado do Espírito Santo, Brasil. Dentre as vítimas, 1.607 eram mulheres e 42 eram homens (Dados não apresentados em tabela).

A Tabela 1 apresenta as características gerais desse tipo violência em relação aos dados da vítima, do agressor e da ocorrência. Entre os casos notificados, a maioria das vítimas era de mulheres (P: 97,5%; IC 95%: 96,6-98,1), com idades entre 30 e 39 anos (P: 35,2%; IC 95%: 33,0-37,6), autodeclaradas como pretas ou pardas (P: 67,4; IC 95%: 65,0-69,8), com escolaridade de 9 anos ou mais de estudo em 61,9% (IC 95%: 59,3-64,5) dos casos, e cerca de metade das vítimas (P: 50,3%; IC 95%: 47,9-52,8) não possuía companheiro. Além disso, 91,6% (IC 95%: 90,1-92,9) não apresentavam deficiências e 95,3% (IC 95%: 94,2-96,3) residiam em área urbana ou periurbana.

Em relação aos agressores, cerca de 9 em cada 10 eram do sexo masculino (P: 90,2%; IC 95%: 88,6-91,5) com 25 anos ou mais de idade (P: 83,2%; IC 95%: 80,8-85,4), sendo 85,6% (IC 95%: 83,7-87,3) parceiros ou ex-parceiros das vítimas, e em 60% dos casos (IC 95%: 57,9-63,3) não houve suspeita de uso de álcool. Sobre a agressão, a violência ocorreu em residência (P: 86,1%; IC 95%: 84,3-87,8), possuía

caráter de repetição (P: 85,9%; IC 95%: 84,1-87,6) e, em 78,7% dos registros, houve encaminhamento para a rede de atenção (IC 95%: 76,6-80,6) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos casos notificados de violência psicológica em adultos de acordo com dados da vítima, do agressor e da ocorrência, no Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018.

Variáveis	N	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	42	2,5	1,9-3,4
Feminino	1607	97,5	96,6-98,1
Faixa etária			
20 a 29 anos	432	26,2	24,1-28,4
30 a 39 anos	581	35,2	33,0-37,6
40 a 49 anos	418	25,4	23,3-27,5
50 a 59 anos	218	13,2	11,7-14,9
Raça/Cor			
Branca	489	32,6	30,3-35,0
Preta/Parda	1012	67,4	65,0-69,8
Escolaridade			
0 a 4 anos	114	8,7	7,3-10,4
5 a 8 anos	383	29,4	26,9-31,9
9 anos ou mais	808	61,9	59,3-64,5
Situação conjugal			
Sem companheiro	791	50,3	47,9-52,8
Com companheiro	781	49,7	47,2-52,2
Deficiências/Transtornos			
Não	1385	91,6	90,1-92,9
Sim	127	8,4	7,1-9,9
Zona de residência			
Urbana/Periurbana	1492	95,3	94,2-96,3
Rural	73	4,7	3,7-5,8
Sexo do agressor			
Masculino	1441	90,2	88,6-91,5
Feminino	157	9,8	8,5-11,4
Faixa etária do agressor			
0 – 24 anos	175	16,8	14,6-19,2

25 anos e mais	869	83,2	80,8-85,4
Vínculo com a vítima			
Parceiro íntimo (atual ou ex)	1287	85,6	83,7-87,3
Outros	217	14,4	12,7-16,3
Suspeita de uso de álcool			
Não	763	60,6	57,9-63,3
Sim	496	39,4	36,7-42,1
Ocorreu na residência			
Não	216	13,9	12,2-15,7
Sim	1343	86,1	84,3-87,8
Violência de repetição			
Não	213	14,1	12,4-15,9
Sim	1302	85,9	84,1-87,6
Encaminhamento			
Não	342	21,3	19,4-23,4
Sim	1263	78,7	76,6-80,6

N – Número.

IC – Intervalo de confiança.

Fonte: SINAN/ES, 2011-2018.

A Tabela 2 revela a análise bivariada dos dados, onde observa-se relação da violência psicológica com as variáveis sexo, idade, escolaridade, presença de deficiências ou transtornos e zona de residência da vítima, do mesmo modo que características ligadas ao agressor como sexo, idade, vínculo com a vítima e suspeita de uso de álcool, bem como o local da ocorrência, a repetição da violência e os encaminhamentos para outros serviços ($p < 0,05$). Apenas as variáveis raça/cor e situação conjugal da vítima não estiveram relacionadas a esse tipo de violência.

Tabela 2. Distribuição da violência psicológica notificada em adultos, de acordo com as características da vítima, do agressor e da ocorrência, no Espírito Santo nos anos de 2011 a 2018.

Variáveis	n	%	IC 95%	p-valor
Sexo				
Masculino	42	1,0	0,7-1,4	<0,001
Feminino	1607	8,8	8,4-9,2	
Faixa etária				
20 a 29 anos	432	5,4	4,9-5,9	<0,001

30 a 39 anos	581	7,6	7,0-8,2	
40 a 49 anos	418	9,0	8,3-9,9	
50 a 59 anos	218	10,0	8,9-11,4	
Raça/Cor				
Branca	489	7,8	7,2-8,5	0,646
Preta/Parda	1012	7,6	7,2-8,1	
Escolaridade				
0 a 4 anos	114	5,1	4,3-6,1	<0,001
5 a 8 anos	383	8,7	7,9-9,6	
9 anos ou mais	808	10,0	9,4-10,7	
Situação conjugal				
Sem companheiro	791	8,0	7,5-8,6	0,141
Com companheiro	781	8,6	8,0-9,2	
Deficiências/Transtornos				
Não	1385	8,9	8,5-9,4	<0,001
Sim	127	4,1	3,5-4,9	
Zona de residência				
Urbana/Periurbana	1492	7,6	7,2-7,9	<0,001
Rural	73	3,3	2,6-4,2	
Sexo do agressor				
Masculino	1441	10,2	9,7-10,7	<0,001
Feminino	157	2,5	2,1-2,9	
Faixa etária do agressor				
0-24 anos	175	5,0	4,3-5,8	<0,001
25 anos e mais	869	7,9	7,4-8,5	
Vínculo com a vítima				
Parceiro íntimo (atual ou ex)	1287	14,9	14,1-15,6	<0,001
Outros	217	3,6	31,9-41,4	
Suspeita de uso de álcool				
Não	763	9,2	8,6-9,8	<0,001
Sim	496	7,2	6,6-7,8	
Ocorreu na residência				
Não	216	4,1	3,6-4,7	<0,001
Sim	1343	9,2	8,7-9,7	
Violência de repetição				
Não	213	2,8	2,5-3,2	<0,001
Sim	1302	13,1	12,5-13,8	

Encaminhamento

Não	342	8,6	7,7-9,5	0,001
Sim	1263	7,1	6,7-7,5	

n – Número.

IC – Intervalo de confiança.

Fonte: SINAN/ES, 2011-2018.

Na análise ajustada dos casos de violência psicológica em adultos apresentada na Tabela 3, observou-se que a prevalência desse tipo de violência entre pessoas do sexo feminino é 7,32 vezes maior quando comparada às pessoas do sexo masculino (IC 95%: 5,01-10,68) e 2,45 vezes mais prevalente entre adultos com idades entre 50 e 59 anos quando comparados ao grupo mais jovem (IC 95%: 2,04-2,94). Além disso, esse agravo esteve cerca de 2 vezes mais presente entre adultos com 9 anos ou mais de estudo em comparação às pessoas com escolaridade de até 4 anos (RP: 2,05; IC 95%: 1,66-2,52), bem como foi 89% mais frequente entre os que não possuíam deficiências ou transtornos (RP: 1,89; IC 95%: 1,54-2,31) e cerca de 2 vezes maior entre os residentes em zona urbana ou periurbana (RP: 2,09; IC 95%: 1,58-2,76).

Quanto às características do agressor, a violência psicológica esteve associada a agressores do sexo masculino (RP: 1,48; IC 95%: 1,01-2,18), com 25 anos ou mais de idade (RP: 1,37; IC 95%: 1,10-1,72), com vínculo de parceiro íntimo (atual ou ex) com a vítima (RP: 1,85; IC 95%: 1,40-2,43) e sem suspeita de uso de álcool na agressão (RP: 1,61; IC 95%: 1,38-1,89). Sobre a ocorrência, esse tipo de violência apresentou caráter de repetição com 5,49 mais frequência do que em eventos únicos (IC 95%: 3,97-7,59) (Tabela 3).

Tabela 3. Análises bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência psicológica notificada na população adulta do estado do Espírito Santo, nos anos de 2011 a 2018.

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC 95%	p-valor	RP	IC 95%	p-valor
Sexo						
Masculino	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Feminino	8,77	6,47-11,9		7,32	5,01-10,68	
Faixa etária						
20 a 29 anos	1,0		<0,001	1,0		<0,001

30 a 39 anos	1,41	1,25-1,59		1,50	1,30-1,74	
40 a 49 anos	1,68	1,48-1,92		1,93	1,66-2,25	
50 a 59 anos	1,87	1,60-2,19		2,45	2,04-2,94	
Escolaridade						
0 a 4 anos	1,0		<0,001	1,0		<0,001
5 a 8 anos	1,70	1,39-2,08		1,70	1,37-2,12	
9 anos ou mais	1,96	1,62-2,37		2,05	1,66-2,52	
Situação conjugal						
Sem companheiro	1,0		0,141	1,0		0,844
Com companheiro	1,07	0,98-1,18		1,01	0,91-1,13	
Deficiências/Transtornos						
Não	2,18	1,83-2,60	<0,001	1,89	1,54-2,31	<0,001
Sim	1,0			1,0		
Zona de residência						
Urbana/Periurbana	2,28	1,81-2,87	<0,001	2,09	1,58-2,76	<0,001
Rural	1,0			1,0		
Sexo do agressor						
Masculino	4,08	3,47-4,80	<0,001	1,48	1,01-2,18	0,046
Feminino	1,0			1,0		
Faixa etária do agressor						
0-24 anos	1,0		<0,001	1,0		0,006
25 anos e mais	1,59	1,36-1,86		1,37	1,10-1,72	
Vínculo com a vítima						
Parceiro íntimo (atual ou ex)	4,08	3,55-4,70	<0,001	1,85	1,40-2,43	<0,001
Outros	1,0			1,0		
Suspeita de uso de álcool						
Não	1,27	1,14-1,42	<0,001	1,61	1,38-1,89	<0,001
Sim	1,0			1,0		
Ocorreu na residência						
Não	1,0		<0,001	1,0		0,079
Sim	2,24	1,95-2,58		1,22	0,98-1,51	
Violência de repetição						
Não	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Sim	4,67	4,09-5,38		5,49	3,97-7,59	

RP – Razão de prevalência.
 IC – Intervalo de confiança.
 Fonte: SINAN/ES, 2011-2018.

DISCUSSÃO

Embora silenciosa e, muitas vezes, invisível aos olhos, 7,3% das notificações de violência contra adultos no Espírito Santo foram caracterizadas como psicológica e esteve associada a vítimas do sexo feminino, com mais de 50 anos de idade e com 9 anos ou mais de estudos, sem deficiências ou transtornos e residentes em zona urbana ou periurbana. Essa violência também esteve associada ainda a agressores do sexo masculino, com mais de 25 anos de idade, com vínculo de parceiro íntimo com suas vítimas (ex ou atual) e sem a suspeita de uso de álcool. Além disso, as agressões psicológicas apresentaram caráter de repetição do evento, advertindo para a amplitude desse agravo.

Os resultados deste estudo mostraram que, entre os anos de 2011 e 2018, a violência psicológica foi responsável por 7,3% das notificações de violência registradas contra a população adulta no estado do Espírito Santo. Alguns estudos realizados com dados secundários do SINAN evidenciaram frequências de notificação de violência entre mulheres adultas nos estados de São Paulo, Minas Gerais e do Distrito Federal, com prevalências de violência psicológica de 15,5%, 28,2% e 20,3%, respectivamente⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A baixa frequência da violência psicológica pode estar ligada à dificuldade de identificação desse agravo pelos profissionais da assistência e pelas próprias vítimas, uma vez que os critérios para sua definição transitam no limite da intimidade e do conceito, essencialmente subjetivos⁽¹²⁾, bem como esse tipo de violência tende a ser entendida como de pouca gravidade, sendo tratada com certo grau de banalidade, insuficiente para reportar as agressões aos serviços de atenção⁽¹³⁾.

Destaca-se que a notificação de violência psicológica foi cerca de 7 vezes mais prevalente entre as pessoas do sexo feminino quando comparadas as do sexo masculino. Estudo realizado com notificações de violência psicológica e moral registradas de 2009 a 2013 no país observou maior frequência de casos notificados do sexo feminino, reafirmando o lugar de vulnerabilidade desse grupo diante das violências⁽⁵⁾. Esse resultado evidencia as desigualdades de gênero que se perpetuam em nossa sociedade, traduzidos pelo domínio do homem sobre a mulher, perpetuando o papel de dominação por meio da força e da coerção psicológica,

revelando a hierarquização das relações intra e extrafamiliares, pautadas na figura do macho como o soberano, um direito adquirido atribuído ao gênero masculino⁽⁴⁾.

Foi observado, ainda, que as vítimas com 9 anos ou mais de estudo apresentaram cerca de 2 vezes mais violência psicológica quando comparadas ao grupo com até 4 anos de estudo. Esse resultado é semelhante ao encontrado em outro estudo realizado no estado de Pernambuco com mulheres adultas onde esse tipo de violência esteve associado às vítimas com maior escolaridade⁽⁴⁾. Essa relação entre a violência psicológica e a escolaridade das vítimas revela a influência do conhecimento e do reconhecimento acerca do problema por quem sofre, ao passo que as vítimas que possuem menor instrução tendem a ser mais dependentes e desencorajadas a relatar a agressão, destacando a importância do desenvolvimento de estratégias que visam o empoderamento e o desenvolvimento de grupos vulneráveis⁽³⁾.

Ao analisar a associação entre a violência psicológica e a presença de deficiências e transtornos, observou-se a frequência desse agravo quase 2 vezes mais em pessoas sem deficiências ou transtornos. Esse resultado deve ser observado com cautela, em razão das possibilidades de subnotificação da violência nesses grupos, uma vez que são maiores as barreiras, dificultando o acesso aos serviços assistenciais e conseqüentemente a identificação e o registro do agravo⁽¹⁴⁾.

Sobre o local de residência das vítimas, as residentes em zonas urbana e periurbana apresentaram prevalência cerca de 2 vezes maior comparada às residentes em zona rural. Apesar do local de moradia das vítimas ainda ser uma variável pouco explorada pelas pesquisas em geral, estudo realizado em uma cidade do estado da Bahia com notificações de violência interpessoal de mulheres entre 10 e 49 anos de idade⁽¹³⁾ também identificou predomínio de vítimas residentes em área urbana, sugerindo que pessoas residentes em área rural possuem menos acesso aos serviços de saúde e, por conseguinte, tendem a registrar menos os casos de violência, evidenciando uma lacuna provocada pela subnotificação.

Neste estudo, a frequência do abuso emocional esteve associada à agressores do sexo masculino; resultado semelhante a outros estudos próximos à temática realizados com notificações de violência contra mulheres nos estados de Pernambuco⁽¹⁵⁾, de São Paulo⁽¹⁰⁾ e de Rondônia⁽¹⁶⁾. Esse perfil salienta as desigualdades de gênero e as relações de poder e dominação entre homens e

mulheres, geralmente aceitas e veladas pela vítima e pela sociedade, fonte de sofrimento e de danos à saúde principalmente de quem sofre^(3,15,16).

Quanto ao vínculo estabelecido entre vítima e agressor, observa-se que os parceiros íntimos (atual ou ex) foram os agressores mais citados. Esse vínculo afetivo entre vítima e agressor pode ser encontrado em outros estudos, marcando a violência psicológica nas relações de gênero caracterizadas pela reprodução de estereótipos que legitimam comportamentos violentos⁽¹⁷⁾. Esse resultado revela ainda as relações assimétricas em que as vítimas estão inseridas, marcadas pela dominação de um sobre a subordinação de outro, pelas desigualdades acentuadas de direitos e deveres entre parceiros, tornando o ambiente doméstico celeiro de agressões pela privacidade e resiliência das vítimas⁽¹¹⁾.

A violência psicológica esteve associada à ausência de suspeita de uso de álcool pelo agressor. Estudo realizado com mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, aponta uma associação ao efeito desinibidor do álcool, que pode potencializar comportamentos agressivos⁽¹⁴⁾. Todavia, essa associação é ainda pouco explorada, indicando a necessidade de novos estudos abarcando essas variáveis para melhor compreensão dessa relação.

A repetição da violência psicológica foi evidenciada neste estudo. Resultado semelhante foi encontrado em estudo nacional realizado com registros de notificações de violência por parceiro íntimo de mulheres maiores de 15 anos, onde a violência psicológica esteve associada à violência de recorrente⁽¹⁴⁾. Para os autores desse estudo, as vítimas e os profissionais de saúde possuem dificuldades em reconhecer esse tipo de violência por seu caráter insidioso, chegando aos serviços assistenciais quando os danos deixam de ser apenas de ordem psicológica. Além disso, a repetição desse agravo indica fragilidade das estratégias de enfrentamento da violência, uma vez que sua recorrência pode estar ligada também à dependências financeiras e emocionais estabelecidas entre vítima e agressor⁽¹¹⁾.

O estudo apresenta algumas limitações, ponderando a magnitude do fenômeno e suas características inerentes que interferem diretamente sobre a identificação desse tipo de violência, resultando na provável subnotificação dos casos atendidos e registro restrito às ocorrências que geraram algum tipo de demanda nos serviços assistenciais. Todavia, as notificações que compõem o SINAN permanecem como principal instrumento disparador de estratégias de monitoramento, de políticas de

enfrentamento, de planejamento estratégico, e principalmente de ações de educação em saúde, que podem tornar o sistema de saúde mais eficiente e menos oneroso⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

A violência psicológica na população adulta esteve associada a vítimas do sexo feminino, mais velhas e com maior escolaridade, sem deficiências ou transtornos e residentes em área urbana. Esse agravo apresentou associação com agressores do sexo masculino, com idade superior a 25 anos, vínculo afetivo de parceiro íntimo com a vítima, sem a presença de uso de álcool, mas com característica de evento de repetição.

Os resultados apontam ainda os sistemas de informação em saúde como ferramenta estratégica no enfrentamento da violência, contribuindo para construção de indicadores e qualificação profissional. Além disso, revela características da vítima, do agressor e da ocorrência associadas a maior prevalência de notificações da violência psicológica, ocupando lugar de destaque entre as poucas pesquisas relacionadas a esse tipo de violência na população adulta.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; [internet] 2016 [citado 2021 Mar. 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_au_toprovocada_2ed.pdf
2. Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria n. 737/GM de 16 de maio de 2001. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, [internet] 2005 [citado 2021 Mar. 01]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf
3. Ferreira PC, Batista VC, Lino IGT, Marquete VF, Pesce GB, Marcon SS. Caracterização dos casos de violência contra mulheres. Rev. enferm. UFPE on line.

[internet] 2020 [citado 2021 Mar. 01];14:e243583. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243583/34594>

4. Siqueira V de B, Leal IS, Fernandes FECV, Melo RA de, Campos MEA de L.

Violência psicológica contra mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde.

Revista de APS. [internet] 2018 [citado 2021 Jan. 05];21(3):437-449. Disponível em:

<https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/16379/8460>

5. Gomes SC, Pereira AP, Holanda CAS, Costa Júnior AF da, Oliveira JD de, Quirino

G da S. Análise de dados sociodemográficos de notificações de violência psicológica

e moral. SANARE-Revista de Políticas Públicas. [internet] 2015 [citado 2021 Mar.

04];14(2):51-58. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/825/496>

6. World Health Organization (WHO). Violencia contra la mujer: un tema de salud

prioritario. Ginebra: WHO; [internet] 1998 [citado 2021 Mar. 04]; Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42651/violenceprioritythemesp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Teofilo MMA, Kale PL, Eppinghaus ALF, Azevedo OP, Farias RS, Maduro Neto JP

et al. Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema

de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). Cad. Saúde Colet. [internet]

2019 [citado 2021 Mar. 04];27(4):437-447. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/S5DmRHyZ9HLypcKZwpywnRp/?lang=pt>

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores

sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2019. Rio de

Janeiro: IBGE; [internet] 2019 [citado 2021 Mar. 04]; Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>

9. 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: Diário Oficial da União; [internet] 2011 [citado 2021 Jun 14]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

10. Marinho Neto KRE, Girianelli VR. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. *Cad Saude Colet.* [internet] 2020 [citado 2021 Jun 14];28(4):488-499. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/mpxkNGdrCXMJrgsc9nTjvSq/?lang=pt>
11. Andrade JO, Castro SS, Heitor SFD, Andrade WP, Atihe CC. Indicadores da violência contra a mulher provenientes das notificações dos serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil. *Texto & contexto enferm.* [internet] 2016 [citado 2021 Jun 14]; 25(3):e2880015,1-9. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/8h6NwPh9FfwrPkQLWgYvVhs/?lang=pt>
12. Silva LEL da, Oliveira MLC de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saude.* [internet] 2016 [citado 2021 Jun 14];25(2):331-342. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ress/a/Qjzmx9JzZsqGSqL4gDBZdxF/?lang=pt>
13. Silva, MP de S, Santos BO, Ferreira TB, Lopes AOS. A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea. *Rev. enferm. UFPE on line.* [internet] 2017 [citado 2021 mar. 22];11(8):3057-3064. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110209/22112>
14. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. *Rev Bras Epidemiol.* [internet] 2020 [citado 2021 Jun 14];23(suppl 1):e200007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vngYfCPbvZZD5nLtBtYxQ3p/?lang=pt>
15. Viana AL, Carvalho e Lira MO de S, Vieira MCA, Sarmento SS, Souza APL de. Violência contra a mulher. *Rev. enferm. UFPE on line.* [internet] 2018 [citado 2021 Jun 14];12(4):923-929. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110273/28639>
16. Oliveira CAB de, Alencar LN de, Cardena RR, Moreira KFA, Pereira PP da S, Fernandes DER. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia-Brasil. *Rev. cuid.* [internet] 2019 [citado 2021 mar. 22];10(1):e573. Disponível em:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100203

17. Maia e Silva MC, Brito AM de, Araújo A de L, Abath M de B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde. [internet] 2013 [citado 2021 Jun 14];22(3):403-412. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300005&lng=pt&nrm=is&tlng=pt

18. Polidoro M, Cunda BV, Oliveira DC de. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. Saúde em Redes. [internet] 2020 [citado 2021 mar. 22];6(2):195-206. Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3118>

6.2 CAPÍTULO DE LIVRO 2

Título: Violência física contra a população adulta: uma análise das notificações no Espírito Santo, Brasil.

DOI: 10.22533/at.ed.6442228076

ISSBN: 978-65-258-0464-4

In book/Capítulo de livro: Gênero e sexualidade: Lugares, história e condições 3

Situação: Publicado em 28 de julho de 2022.

Link para o artigo: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/genero-e-sexualidade-lugares-historia-e-condicoes>

VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA A POPULAÇÃO ADULTA: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

RESUMO

Objetivos: identificar a frequência de casos de violência física na população adulta notificados no Espírito Santo e sua associação com as características da vítima, do

agressor e do evento. **Métodos:** estudo epidemiológico, analítico, transversal, feito com todos os casos de violência física notificados no Espírito Santo contra indivíduos em idade adulta, de 20 a 59 anos de idade, entre os anos de 2011 e 2018. O banco de dados refere-se às notificações de violência no Sistema de Informação de Agravos e Notificação. A variável dependente foi a violência física e as independentes as características da vítima, do agressor e do evento. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética. A análise foi realizada pelo programa Stata 16.0 e os resultados da regressão de Poisson apresentados por meio da razão de prevalência ajustada. **Resultados:** a violência física contra a pessoa adulta foi responsável por 63,3% dos casos notificados, sendo maior a prevalência entre vítimas do sexo masculino, adultos jovens, declarados pretos ou pardos, com até 4 anos de estudo, sem deficiências ou transtornos, que possuíam companheiro e residiam em zona rural. Quanto aos agressores, foi mais frequentemente praticada por pessoas de 25 anos e mais, do sexo feminino, com vínculo afetivo de parceiro íntimo (ex ou atual) e com a suspeita de uso de álcool. Ainda, o desfecho esteve associado a 2 ou mais agressores, a ocorrência em via pública e caráter único. **Conclusões:** a violência física na população adulta apresentou uma frequência significativa no Espírito Santo no período de 2011 a 2018, e esteve associada às características da vítima, do agressor e da ocorrência. Os resultados apontam para a necessidade de capacitar as equipes assistenciais para o manejo e a identificação dos casos, bem como fortalecer os sistemas de informação em saúde para subsidiar o desenvolvimento de ações de enfrentamento desse agravo.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo, multicausal e de interesse para diversas áreas, principalmente para a saúde pública. A Organização Mundial da Saúde define a violência como o uso intencional de força física ou poder, real ou ameaça, contra si ou outrem, ou contra um grupo ou comunidade, podendo resultar em lesão, dano psicológico, morte, prejuízo no desenvolvimento ou privação (WHO, 1996).

Por violência física entende-se atos violentos com uso de força física de maneira intencional, não acidental, a fim de ferir, lesionar, causar dor, sofrimento ou morte, deixando ou não marcas visíveis no corpo da vítima (BRASIL, 2016).

Todos os anos, cerca de 1,25 milhões de pessoas em todo o mundo perdem suas vidas por lesões relacionadas à violência, e outras dezenas de milhões sofrem com a violência não fatal e seus impactos em atendimentos de saúde invasivos, hospitalizações, incapacitação temporária ou permanente de suas atividades e necessidade de cuidados e reabilitação física e mental de longo prazo (WHO, 2021). No Brasil, a magnitude desse agravo e seus impactos na sociedade pode ser presumida partindo do pressuposto de que 4,1% da população, cerca de 6,6 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais de idade, sofreram algum tipo de violência física no último ano (IBGE, 2020).

As vítimas da violência física amargam suas consequências, que podem ir para além das lesões fatais e não fatais, perpassando pelo aumento dos riscos de doenças mentais e suicídio, tabagismo, abuso de uso de álcool e outras substâncias, doenças crônicas e problemas de ordem social (OMS, 2021)

A magnitude e os impactos da violência na qualidade de vida das pessoas expõem a necessidade de tornar esse agravo parte da agenda de prioridades do setor da saúde, visto que, por suas ações ou as de setores afins, é possível reduzir e prevenir a violência que mata e incapacita (MINAYO *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a realização de estudos como este tem lugar estratégico para permitir adequada compreensão do fenômeno da violência e, por conseguinte, o fomento de ações de enfrentamento a esse fenômeno. Assim sendo, este estudo teve por objetivo identificar a frequência da notificação de violência física na população adulta no estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018, e verificar as suas associações com as características da vítima, do agressor e da ocorrência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, epidemiológico, realizado com os dados referentes às notificações de violência registradas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) do estado do Espírito Santo, Brasil, entre os anos de 2011 e 2018. Foram incluídos nas análises os registros de notificação de adultos de 20 a 59 anos de idade, e a opção pelo período de coleta se deu pela efetivação da obrigatoriedade da notificação dos casos de violência pelos serviços assistenciais a partir da Portaria 104 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011).

Neste estudo, a variável dependente foi a violência interpessoal do tipo física (sim/não) e as variáveis independentes foram as características da vítima como sexo (masculino/feminino), faixa etária (20 a 29 anos/30 a 39 anos/40 a 49 anos/50 a 59 anos), raça/cor (branca/preta ou parda), escolaridade (0 a 4 anos de estudo/5 a 8 anos de estudo/9 anos ou mais de estudo), situação conjugal (sem companheiro/com companheiro), presença de deficiências/transtornos (sim/não) e zona de residência (urbana ou periurbana/rural); as características do agressor, como faixa etária (até 24 anos/25 anos ou mais), sexo (masculino/feminino/ambos), vínculo com a vítima (parceiro íntimo ex ou atual/conhecido/desconhecido) e suspeita de uso de álcool (sim/não); e as características do evento como número de envolvidos (um/dois ou mais), local da ocorrência (residência/via pública/outros), caráter de repetição (sim/não) e necessidade de encaminhamentos (sim/não).

A análise descritiva foi realizada por meio das frequências relativa e absoluta com intervalos de confiança de 95%, a análise bivariada pelo teste Qui-Quadrado de Pearson e a análise multivariada pela Regressão de Poisson, mediante modelo hierárquico com as características da vítima em primeiro nível seguidas pelas características do agressor e da ocorrência em segundo nível. As variáveis que obtiveram valor de p menor que 0,2 na análise bivariada entraram no modelo e sua manutenção seguiu valor de p menor que 0,05. Os resultados das análises bruta e ajustada foram expressos em Razão de Prevalência (RP) com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Todas as análises foram realizadas com o software Stata 14.1.

Este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com parecer de número 2.819.597 e observadas as normas e diretrizes das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 88138618.0.0000.5060).

RESULTADOS

A respeito das notificações de violência interpessoal na população adulta registradas no estado do Espírito Santo nos anos de 2011 a 2018, a violência física foi responsável por 63,3% (IC 95%: 62,7-63,9) dos casos notificados (dados não apresentados em tabela).

Ao observar a Tabela 1, encontramos uma população composta, predominantemente, por pessoas do sexo feminino (P: 80,4%; IC 95%: 79,8-81,1), adultos mais jovens com idades entre 20 e 29 anos (P: 35,6%; IC 95%: 34,8-36,4) e 30 a 39 anos (P: 34,1%; IC 95%: 34,1-35,6), autodeclarados pretos ou pardos (P: 69,6%; IC 95%: 68,8-70,4), com 9 anos ou mais de estudo (P: 50,7% ; IC 95%: 49,7-51,8), sem deficiências ou transtornos (P: 89,3%; IC 95%: 88,7-89,8) e residentes em área urbana ou periurbana (P: 87,7% ; IC 95%: 87,2-88,2). No que diz respeito à situação conjugal da vítima, o grupo ficou dividido de maneira semelhante entre os que possuíam e os que não possuíam companheiro (para ambos P: 50%; IC 95%: 49,1-50,9).

Quanto às características do agressor, em 77% dos casos eram pessoas do sexo masculino (IC 95%: 76,3-77,8), com 25 anos ou mais de idade (P: 74,3%; IC 95%: 73,4-75,3), que possuíam vínculo de parceiro íntimo, anterior ou atual, com suas vítimas (P: 59,2%, IC 95%: 58,4-60,2) e que tinham a suspeita do uso de álcool na ocorrência (P: 52,2; IC 95%: 51,2-53,2) (Tabela 1).

Sobre a ocorrência, observou-se a participação de apenas um agressor em cerca de 84% dos casos (P: 83,8%; IC 95%: 83,2-84,5), sendo o local de maior ocorrência a residência (P: 68,1; IC 95%: 67,2-68,9) e tendo por característica a repetição do evento em 54,7% das notificações (IC 95%: 53,8-55,7). Em 83,2% dos casos (IC 95%: 82,6-83,8), houve a necessidade de encaminhamento para outros serviços (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos casos de violência interpessoal física notificados na população adulta, de acordo com os dados da vítima, do agressor e da ocorrência, no estado do Espírito Santo, entre os anos de 2011 e 2018.

Variáveis	N	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	2795	19,6	19,0-20,3
Feminino	11469	80,4	79,8-81,1
Faixa etária			
20 a 29 anos	5078	35,6	34,8-36,4
30 a 39 anos	4970	34,8	34,1-35,6
40 a 49 anos	2868	20,1	19,5-20,8

50 a 59 anos	1348	9,5	9,0-9,9
Raça/Cor			
Branca	3799	30,4	29,6-31,2
Preta/Parda	8696	69,6	68,8-70,4
Escolaridade			
0 a 4 anos	1601	17,3	16,6-18,1
5 a 8 anos	2955	32,0	31,0-32,9
9 anos ou mais	4692	50,7	49,7-51,8
Situação conjugal			
Sem companheiro	6115	50,0	49,1-50,9
Com companheiro	6112	50,0	49,1-50,9
Deficiências/Transtornos			
Não	10739	89,3	88,7-89,8
Sim	1293	10,7	10,2-11,3
Zona de residência			
Urbana/Periurbana	12248	87,7	87,2-88,2
Rural	1716	12,3	11,8-12,9
Faixa etária do agressor			
0 – 24 anos	2201	25,7	24,8-26,6
25 anos ou mais	6375	74,3	73,4-75,3
Sexo do agressor			
Masculino	9859	77,0	76,3-77,8
Feminino	2683	21,0	20,3-21,7
Ambos	255	2,0	1,8-2,3
Vínculo com a vítima			
Parceiro íntimo (atual ou ex)	6792	59,2	58,4-60,2
Conhecido	3400	29,7	28,8-30,5
Desconhecido	1271	11,1	10,5-11,7
Suspeita de uso de álcool			
Não	4639	47,8	46,8-48,8
Sim	5070	52,2	51,2-53,2
Número de envolvidos			
Um	10799	83,8	83,2-84,5

Dois ou mais	2083	16,2	15,5-16,8
Local de ocorrência			
Residência	8493	68,1	67,2-68,9
Via pública	2612	20,9	20,2-21,7
Outros	1373	11,0	10,5-11,6
Violência de repetição			
Não	4947	45,3	44,3-46,2
Sim	5985	54,7	53,8-55,7
Encaminhamento			
Não	2195	16,8	16,2-17,5
Sim	10873	83,2	82,6-83,8

Fonte: dados do estudo (SINAN).

Na análise bivariada apresentada na Tabela 2, observa-se relação entre a violência física e todas as variáveis estudadas, sendo elas sexo, idade, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, área de residência e presença de deficiências/transtornos da vítima, bem como sexo e faixa etária do perpetrador, vínculo com a vítima, suspeita de uso de álcool pelo agressor, número de envolvidos e local da ocorrência, caráter de repetição da violência e necessidade de encaminhamento para outros serviços ($p < 0,05$).

Tabela 2. Análise bivariada da violência interpessoal física notificada na população adulta de acordo com as características da vítima, do agressor e da ocorrência, no estado do Espírito Santo, nos anos de 2011 a 2018.

Variáveis	N	%	IC 95%	p-valor
Sexo				
Masculino	2.795	66,6	65,1-68,0	<0,001
Feminino	11.469	62,6	61,9-63,3	
Faixa etária				
20 a 29 anos	5.078	63,1	62,1-64,2	0,014
30 a 39 anos	4.970	64,6	63,6-65,7	
40 a 49 anos	2.868	62,0	60,6-63,4	
50 a 59 anos	1.348	62,1	60,0-64,1	
Raça/Cor				

Branca	3.799	60,7	59,5-61,9	<0,001
Preta/Parda	8.696	65,6	64,8-66,4	
Escolaridade				
0 a 4 anos	1.601	72,0	70,1-73,8	<0,001
5 a 8 anos	2.955	67,3	65,9-68,6	
9 anos ou mais	4.692	58,3	57,2-59,4	
Situação conjugal				
Sem companheiro	6.115	61,9	60,9-62,9	<0,001
Com companheiro	6.112	67,3	66,3-68,3	
Deficiências/Transtornos				
Não	10.739	69,2	68,5-69,9	<0,001
Sim	1.293	41,7	39,9-43,4	
Zona de residência				
Urbana/Periurbana	12.248	62,0	61,3-62,7	<0,001
Rural	1.716	77,9	76,1-79,6	
Faixa etária do agressor				
0-25 anos	2.201	62,9	61,2-64,4	<0,001
25 anos e mais	6.375	58,2	57,3-59,1	
Sexo do agressor				
Masculino	9.859	69,8	69,1-70,6	<0,001
Feminino	2.683	42,7	41,5-44,0	
Ambos	255	82,5	77,9-86,4	
Vínculo com a vítima				
Parceiro íntimo (atual ou ex)	6.792	78,4	77,5-79,3	<0,001
Conhecido	3.400	83,6	82,5-84,7	
Desconhecido	1.271	66,9	64,8-69,0	
Suspeita de uso de álcool				
Não	4.639	55,8	54,7-56,8	<0,001
Sim	5.070	73,7	72,6-74,7	
Número de envolvidos				
Um	10.799	59,0	58,3-59,7	<0,001
Dois ou mais	2.083	84,6	83,1-86,0	
Local de ocorrência				

Residência	8493	58,2	57,4-59,0	<0,001
Via pública	2612	78,3	76,8-79,6	
Outros	1373	71,6	69,5-73,5	
Violência de repetição				
Não	4.947	65,3	64,2-66,3	<0,001
Sim	5.985	60,3	59,3-61,2	
Encaminhamento				
Não	2195	58,6	57,0-60,2	<0,001
Sim	10873	63,8	63,1-64,5	

Fonte: dados do estudo (SINAN).

Após análise ajustada, a violência física se apresentou 13% mais prevalente (RP: 1,13; IC 95%: 1,10-1,16) entre pessoas do sexo masculino. Observou-se maior prevalência entre as vítimas com idades no grupo de 30 e 39 anos (RP: 1,07; IC 95%: 1,02-1,12) comparados com o grupo de 50 a 59 anos, e entre os autodeclarados pretos ou pardos (RP: 1,03; IC 95%: 1,01-1,06) comparados aos de raça/cor autodeclarada branca. Observa-se ainda maior vitimização entre pessoas com até 4 anos de estudos (RP: 1,21; IC 95%: 1,17-1,26) comparada às com 9 anos ou mais, e prevalência 77% maior entre os que não apresentaram deficiências ou transtornos (RP: 1,77; IC 95%: 1,67-1,88). Outras associações encontradas foi o fato de a vítima possuir companheiro (RP: 1,06; IC 95%: 1,03-1,09) e residir em zona rural (RP: 1,14; IC 95%: 1,10-1,18) (Tabela 3).

Quanto às características do agressor, a Tabela 3 revela maior prevalência de perpetradores com menos de 25 anos de idade (RP: 1,07; IC 95%: 1,04-1,10), do sexo feminino (RP: 1,17; IC 95%: 1,14-1,20), com vínculo afetivo de parceiro íntimo (atual ou anterior) com a vítima (RP: 1,35; IC 95%: 1,26-1,44) e com suspeita de uso de álcool por parte do agressor (RP: 1,07; IC 95%: 1,04-1,10).

Além disso, a violência física esteve associada a participação de dois ou mais agressores no evento (RP: 1,08; IC 95%: 1,05-1,11), acontecendo com 8% mais frequência em via pública (RP: 1,08; IC 95%: 1,05-1,12) e sem caráter de repetição (RP: 1,13; IC 95%: 1,10-1,16) (Tabela 3).

Tabela 3. Análises bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência interpessoal física notificada na população adulta, no estado do Espírito Santo, nos anos de 2011 a 2018.

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC 95%	p-valor	RP	IC 95%	p-valor
Sexo						
Masculino	1,06	1,04-1,09	<0,001	1,13	1,10-1,16	<0,001
Feminino	1,0			1,0		
Faixa etária						
20 a 29 anos	1,02	0,98-1,06	0,014	1,05	1,00-1,11	0,006
30 a 39 anos	1,04	1,00-1,08		1,07	1,02-1,12	
40 a 49 anos	0,99	0,96-1,04		1,02	0,97-1,07	
50 a 59 anos	1,0			1,0		
Raça/Cor						
Branca	1,0		<0,001	1,0		0,024
Preta/Parda	1,08	1,06-1,11		1,03	1,01-1,06	
Escolaridade						
0 a 4 anos	1,23	1,20-1,27	<0,001	1,21	1,17-1,26	<0,001
5 a 8 anos	1,15	1,12-1,19		1,12	1,09-1,16	
9 anos ou mais	1,0			1,0		
Situação conjugal						
Sem companheiro	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Com companheiro	1,09	1,06-1,11		1,06	1,03-1,09	
Deficiências/Transtornos						
Não	1,66	1,59-1,73	<0,001	1,77	1,67-1,88	<0,001
Sim	1,0			1,0		
Zona de residência						
Urbana/Periurbana	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Rural	1,26	1,23-1,29		1,14	1,10-1,18	
Faixa etária do agressor						
0-24 anos	1,08	1,05-1,11	<0,001	1,07	1,04-1,10	<0,001
25 anos e mais	1,0			1,0		
Sexo do agressor						

Masculino	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Feminino	0,61	0,59-0,63		1,17	1,14-1,20	
Ambos	1,18	1,12-1,25		1,07	1,00-1,16	
Vínculo com a vítima						
Parceiro íntimo (atual ou ex)	1,17	1,13-1,21	<0,001	1,35	1,26-1,44	<0,001
Conhecido	1,25	1,21-1,29		1,26	1,19-1,34	
Desconhecido	1,0			1,0		
Suspeita de uso de álcool						
Não	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Sim	1,32	1,29-1,35		1,07	1,04-1,10	
Número de envolvidos						
Um	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Dois ou mais	1,43	1,40-1,46		1,08	1,05-1,11	
Local de ocorrência						
Residência	0,81	0,79-0,84	<0,001	1,02	0,98-1,07	<0,001
Via pública	1,09	1,06-1,13		1,09	1,05-1,16	
Outros	1,0			1,0		
Violência de repetição						
Não	1,08	1,06-1,11	<0,001	1,13	1,10-1,16	<0,001
Sim	1,0			1,0		

Fonte: dados do estudo (SINAN).

DISCUSSÃO

Este estudo aponta a violência física como agravo frequente na população adulta, aparecendo em 63,3% dos casos de violência notificados e estando associada a vítimas do sexo masculino, adultos jovens, declarados pretos ou pardos, com até 4 anos de estudo, sem deficiências ou transtornos, que possuíam companheiro e residiam em zona rural. Esse tipo de violência também esteve associado a agressores com menos de 25 anos de idade, do sexo feminino, com vínculo afetivo de parceiro íntimo (ex ou atual) e com a suspeita de uso de álcool. As características da agressão associadas foram o envolvimento de 2 ou mais agressores, a ocorrência em via pública e o caráter de evento único.

A violência física se mostrou a mais frequente entre as notificações de violência interpessoal, sendo responsável por quase dois terços dos registros (P: 63,3%; IC 95%: 62,7-63,9). O predomínio da notificação de violência física em detrimento dos outros tipos de violência é corrente, uma vez que a compreensão do fenômeno e seus conceitos se confundem, percebendo a violência muitas vezes apenas como uma lesão que deixa marcas visíveis, desconsiderando os outros danos invisíveis aos olhos do observador (FIORINI, 2021). Além disso, para efeito de registro nos sistemas de informação, havendo mais de um tipo de violência em uma ocorrência, prevalece a principal ou aquela que gerou a demanda ao serviço notificador (BRASIL, 2016), favorecendo àquelas com impactos mais perceptíveis.

Sobre as características das vítimas, este estudo identificou prevalência 13% maior de violência física entre adultos do sexo masculino (RP: 1,13; IC 95%: 1,10-1,16). Em pesquisas de base populacional realizadas no Brasil e em outros países (MASCARENHAS, 2021; ÖBERG, HEIMER, LUCAS, 2021) não se observou distinção significativa entre os sexos nesse tipo de violência, apesar das vítimas do sexo feminino predominarem em todos os tipos de violência interpessoal, apontando para a complexa relação do fenômeno com as desigualdades que permeiam a sociedade, principalmente as desigualdades de gênero.

No que diz respeito à idade das vítimas, foi observada maior frequência no grupo entre 30 e 39 anos de idade (RP: 1,07; IC 95%: 1,02-1,12). No Brasil, adultos mais jovens entre 18 e 29 anos de idade predominam entre as vítimas de violências, inclusive nas tipificadas como físicas (MASCARENHAS, 2021).

A associação revelada entre a violência física e vítimas declaradas pretas ou pardas (RP: 1,03; IC 95%: 1,01-1,06) deve ser analisada observando a complexidade do fenômeno. Apesar dessa relação ser apresentada em outros estudos (MASCARENHAS, 2021), a desigualdade racial no país reflete diretamente tanto nas políticas sociais e de segurança quanto nas violências, não permitindo sua análise descolada do cenário socioeconômico brasileiro.

Essa reflexão também se estende quando verificamos a associação entre a violência física e vítimas com até 4 anos de estudo (RP: 1,21; IC 95%: 1,17-1,26). Esse agravo tem maior prevalência e evidência entre pessoas com menores condições socioeconômicas, postas as diferenças na coesão social, na autonomia e nas relações estabelecidas nesse cenário (SOARES; GUIMARÃES; BONFADA, 2021).

Este estudo apresentou, ainda, frequência 77% maior de violência física entre as vítimas que não possuíam deficiências ou transtornos (RP: 1,77; IC 95%: 1,67-1,88). Esse dado deve ser analisado com cautela, uma vez que pode ser particularmente difícil para as pessoas com deficiências ou transtornos denunciarem agressões sofridas, seja por dependência ou medo dos seus algozes, ou mesmo por dificuldades de expor eventos traumáticos e ter seus relatos validados pelas instituições (DAMMEYER; CHAPMAN, 2018).

Ainda entre os casos notificados de violência física, foi observada a associação com o vínculo de parceiro íntimo (atual ou anterior) (RP: 1,35; IC 95%: 1,26-1,44). Seguindo a mesma linha, também foi observada maior frequência de violência física entre as vítimas que declararam possuir companheiro (RP: 1,06; IC 95%: 1,03-1,09). Esse resultado traz consigo o peso das relações afetivas nas quais impera a dominação, a subordinação e as desigualdades entre direitos e deveres das partes, realidade crescente em muitos lares brasileiros com pouca ou nenhuma interferência externa (MOROSKOSKI, 2021). Esse resultado insere a violência não apenas nos ambientes sociais e coletivos, mas também no espaço restrito e privado do cotidiano dos indivíduos.

Sobre a área de residência das vítimas, a violência física notificada esteve associada às residentes em zona rural (RP: 1,14; IC 95%: 1,10-1,18). Esse resultado é preocupante do ponto de vista das instituições assistenciais, uma vez que essas comunidades enfrentam a escassez e a distância de equipamentos públicos e de serviços de assistência social, de saúde e de segurança pública, normalmente concentrados em áreas urbanas, potencializadas por realidades socioeconômicas precárias e limitadas oportunidades de trabalho e renda, fatores vulnerabilizantes para a constituição de situações de violência (BUENO; LOPES, 2018).

No que se refere às características dos agressores, foi observada maior frequência de violência física entre perpetradores mais jovens com até 25 anos de idade (RP: 1,07; IC 95%: 1,04-1,10). De maneira geral, as pesquisas apontam para agressores jovens, quando observamos menor controle emocional, frustração frente a mecanismos de autocontrole e imaturidade afetiva (MELO *et al.*, 2021).

Na direção oposta de outros estudos da área (BARBOSA *et al.*, 2019), os resultados apontaram para uma frequência de violência física notificada maior entre agressores do sexo feminino (RP: 1,17; IC 95%: 1,14-1,20). A violência atravessa com

intensidades diferentes a vida dos indivíduos, a começar pelos papéis assumidos, em um cenário onde os homens são mais propensos a serem os perpetradores e as mulheres são geralmente as vítimas, e quando a violência é provocada por mulheres, deve-se pela motivação da autodefesa e do medo, enquanto a violência perpetrada por homens perpassa pelo desejo de controle e dominação (SWAN *et al.*, 2008).

Em consonância com a literatura (LEITE *et al.*, 2019; MASCARENHAS *et al.*, 2020), a violência física se apresentou associada à suspeita de uso de álcool por parte do agressor (RP: 1,07; IC 95%: 1,04-1,10). A presença do álcool nas ocorrências aumenta as chances de vitimização (ALANGEA *et al.*, 2018), uma vez que seu uso causa desinibição comportamental, interferindo na autorregulação comportamental, perpetuando o ciclo de consumo e violência (SANTOS *et al.*, 2019).

Além disso, a violência física esteve associada à participação de dois ou mais agressores no evento (RP: 1,08; IC 95%: 1,05-1,11), resultado distinto do observado em outros estudos sobre a temática, onde o evento possui registro de apenas um algoz (LAWRENZ *et al.*, 2018; MADEIRO *et al.*, 2019).

Os resultados apresentaram ainda a via pública como principal local de ocorrência das agressões na população adulta (RP: 1,09; IC 95%: 1,05-1,12), contrariamente a diversas outras pesquisas nacionais. A residência foi apontada como o principal local de ocorrência da violência física entre adultos em estudo brasileiro realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (MASCARENHAS, 2021), seguindo a mesma linha de outro entre homens adultos na cidade de São Paulo (ARMOND, 2020), assim como em outro realizado com mulheres no estado do Piauí (MADEIRO, 2019) e ainda outro entre grupos vulneráveis de todo o país (SOARES, 2021).

A violência física entre adultos não apresentou caráter de repetição (RP: 1,13; IC 95%: 1,10-1,16), semelhante a outras pesquisas brasileiras (MASCARENHAS, 2021) que também trazem esse tipo de violência com característica de evento único, diferente de outras violências, como a sexual e a psicológica, que pressupõem maior proximidade com o agressor, incompreensão do abuso e sentimentos de humilhação e culpa pela vítima.

Este estudo apresenta algumas limitações referentes ao seu delineamento e ao uso de dados secundários, provenientes dos casos notificados que chegaram nos

serviços assistenciais, restringindo as análises da relação de causalidade entre as variáveis e limitando os resultados. Entretanto, contribui para o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde e aponta para sua necessidade de ampliação, uma vez que se apresenta como um dos principais instrumentos de monitoramento e avaliação das ações estratégicas de enfrentamento da violência no país.

CONCLUSÃO

A violência é um fenômeno amplo presente em todos os ciclos de vida dos indivíduos. Para tanto, este estudo se apresenta como pioneiro entre as publicações sobre notificações de violência física na população adulta do estado do Espírito Santo, apresentando suas associações com vítimas mais jovens, do sexo masculino, pretos e pardos, com até 4 anos de estudo, sem deficiências ou transtornos, que possuíam companheiro e viviam em área rural. Esteve relacionado ainda a agressores menores de 25 anos de idade, do sexo feminino, parceiro íntimo da vítima e com relato de uso de álcool, além da presença de 2 agressores ou mais na ocorrência, em via pública e de caráter único.

Assim posto, torna evidente a necessidade de capacitar as equipes assistenciais para melhor atender e identificar as vítimas de violência, bem como fortalecer os sistemas de informação para potencializar os registros e as análises dos dados gerados e, por conseguinte, embasar as políticas e ações de enfrentamento à violência. A temática da violência ganha potência no campo da saúde por suas diretrizes que destacam a promoção das ações e a prevenção dos agravos. Nesse cenário, a identificação precoce dos casos e a prevenção de eventos implica diretamente na redução do número de mortes por causas evitáveis e na diminuição dos impactos da violência na vida dos indivíduos e de toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

ALANGEA, Deda Ogum et al. Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline findings from a cluster randomised controlled trial. **PloS one**, v. 13, n. 7, 2018, e0200874.

ARMOND, Jane De Eston et al. Uma visão geral de um país em desenvolvimento sobre homens vítimas de violência física e sexual. **Nursing** (São Paulo), v. 23, n. 269, 2020, p. 4741-4750.

BARBOSA, Kevan Guilherme Nóbrega et al. Epidemiological and spatial characteristics of interpersonal physical violence in a Brazilian city: A comparative study of violent injury hotspots in familial versus non-familial settings, 2012-2014. **PLoS One**, v. 14, n. 1, 2019, e0208304.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 104/GM de 25 de janeiro de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, p. 37-37, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e a Promoção da Saúde. **Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. 2016.

BUENO, André Luis Machado; LOPES, Marta Julia Marquesrural. Women and violence: readings of a reality that approaches fiction. **Ambiente & Sociedade**. v. 21, 2018, e01511. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc170151r1vu18L1AO>.

DAMMEYER, Jesper; CHAPMAN, Madeleine. A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. **BMC public health**, v. 18, n. 1, 2018, p. 1-9.

FIORINI, Vanessa Russi; BOECKEL, Mariana Gonçalves. Violência Interpessoal e suas Repercussões na Saúde em um Hospital de Pronto-Socorro. **Psico-USF**, v. 26, p. 129-140, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LAWRENZ, Priscila et al. Violence against Women: Notifications of Health Professionals in Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 34, 2018, e34428. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34428>

LEITE, Franciéle Marabotti Costa et al. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 22, 2019, e190056. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>.

MADEIRO, Alberto et al. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 3, (Jul-Set) 2019, p. 258-264.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 23, n. Suppl 01, 2020, e200007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Prevalência de exposição à violência entre adultos–Brasil, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

MELO, Cilene Aparecida de Souza et al. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres no Município de Marabá–PA. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021, e334101119572.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 6, 2018, pp. 2007-2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>.

ÖBERG, Mariella; HEIMER, Gun; LUCAS, Steven. Lifetime experiences of violence against women and men in Sweden. **Scandinavian journal of public health**, v. 49, n. 3, 2021, p. 301-308.

SANTOS, Marcos Silva dos et al. Fatores associados ao uso do álcool entre homens autores de violência por parceiro íntimo no Ceará. **J. Health Biol. Sci.**, vol. 7, n. 4, out-dez 2019, p. 341-350. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i4.2677.p341-350.2019>

SOARES, Marcelo Luiz Medeiros; GUIMARÃES, Natália Guedes Miguel; BONFADA, Diego. Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, 2021, p. 5751-5763.

SWAN, S.C.; GAMBONE, L.J.; CALDWELL, J.E.; SULLIVAN, T.P.; SNOW, D.L. A review of research on women's use of violence with male intimate partners. **Violence and Victims**, vol. 23, n. 3, 2008, p. 301–314. DOI: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.23.3.301>

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

WHO. World Health Organization. **Injuries and violence**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>> Acesso em: 25 novembro 2021.

6.3 ARTIGO 1

Título: Análise dos casos notificados de violência sexual contra a população adulta.

Revista: Acta Paulista de Enfermagem.

Situação: Publicado.

Link para o artigo: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO018466>

ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A POPULAÇÃO ADULTA

Análisis de los casos notificados de violencia sexual contra la población adulta

Analysis of reported cases of sexual violence against the adult population

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de violência sexual na população adulta do estado do Espírito Santo e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência. **Métodos:** Estudo epidemiológico, analítico, transversal, realizado com notificações de violência sexual em adultos de 20 e 59 anos, entre 2011 e 2018, no SINAN. Os dados obtidos pela Secretaria de Saúde após aprovação do projeto em Comitê de Ética, em agosto de 2019. A variável dependente foi a violência sexual e as independentes as características da vítima, do agressor e da ocorrência. A análise ocorreu pelo Stata 14.1 e os resultados da regressão de Poisson apresentados pela razão de prevalência. **Resultados:** A violência sexual foi responsável por 6,2% das notificações de violência interpessoal,

e cerca de seis vezes mais prevalente entre mulheres. A vitimização na faixa etária de 20 a 29 anos foi 1,51 vezes maior do que entre 40 e 49 anos e nos que não possuíam companheiro foi 1,86 vezes maior. Esteve associada ainda a residência em zona urbana (RP: 1,60), a agressor com 25 anos ou mais (RP: 1,50), desconhecido (RP: 9,37), a perpetrador único (RP: 1,62) e a ocorrência em via pública (RP: 1,38). **Conclusão:** A violência está presente entre os adultos, e alguns são mais vulneráveis como as mulheres, os adultos jovens e sem companheiro, as vítimas de zona urbana, a ocorrência em via pública e por único agressor, desconhecidos e mais velhos. Os achados podem subsidiar ações estratégicas de enfrentamento à violência.

Descritores: Violência; Delitos sexuais; Sistema de informação em saúde; Adulto.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de violencia sexual en la población adulta en el estado de Espírito Santo y analizar su relación con las características de la víctima, del agresor y del episodio. **Métodos:** Estudio epidemiológico, analítico, transversal, realizado con notificaciones de violencia sexual en adultos de 20 a 59 años, entre 2011 y 2018 en el SINAN (Sistema de Información de Agravios de Notificación). Los datos fueron obtenidos por la Secretaría de Salud, luego de la aprobación del proyecto en Comité de Ética, en agosto de 2019. La variable dependiente fue la violencia sexual, y las independientes fueron las características de la víctima, del agresor y del episodio. El análisis se realizó a través del Stata 14.1 y los resultados de la regresión de Poisson fueron presentados por la razón de prevalencia. **Resultados:** La violencia sexual fue responsable por el 6,2 % de las notificaciones de violencia interpersonal y cerca de seis veces más prevalente entre mujeres. La victimización en el grupo de edad de 20 a 29 años fue 1,51 veces mayor que entre 40 y 49 años, y en los que no tenían compañero fue 1,86 veces mayor. Además, estuvo asociada a la residencia en zona urbana (RP: 1,60), agresor de 25 años o más (RP: 1,50), desconocido (RP: 9,37), perpetrador único (RP: 1,62) y episodio en vía pública (RP: 1,38). **Conclusión:** La violencia está presente entre los adultos y algunos son más vulnerables, como las mujeres, los adultos jóvenes y sin compañero, las víctimas de zona urbana, los episodios en vía pública y por único

agresor, desconocido y de mayor edad. Los resultados pueden respaldar acciones estratégicas de enfrentamiento a la violencia.

Descriptor: Violencia; Delitos sexuales; Sistemas de información en salud; Adulto.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of sexual violence in the adult population of the state of Espírito Santo and analyze its association with characteristics of the victim, the aggressor and the occurrence. **Methods:** Epidemiological, analytical, cross-sectional study developed with notifications of sexual violence in adults aged 20-59 years between 2011 and 2018 from the Information System for Diseases and Notification. Data were obtained by the Health Department after project approval by the Ethics Committee in August 2019. The dependent variable was sexual violence and the independent variables were the characteristics of the victim, the aggressor and the occurrence. The analysis was performed using Stata 14.1 and the Poisson regression results were presented by prevalence ratio. **Results:** Sexual violence accounted for 6.2% of reports of interpersonal violence and was about six times more prevalent among women. Victimization in the age group of 20-29 years was 1.51 times higher compared to the group of 40-49 years and 1.86 times higher in those who did not have a partner. It was also associated with residence in an urban area (PR: 1.60), aggressor aged 25 years or older (PR: 1.50), unknown (PR: 9.37), a single perpetrator (PR: 1.62) and occurrence in public places (PR: 1.38). **Conclusion:** Violence is present among adults and some are more vulnerable, such as women, young adults without a partner, victims in urban areas, occurrences in public places and perpetrated by an older, unknown, single aggressor. These findings can support strategic actions to combat violence.

Keywords: Violence; Sex offenses; Health information systems; Adult

Introdução

A violência sexual é um problema de saúde pública que afeta as diversas áreas da sociedade em todo o mundo. Esse agravo é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como qualquer ato sexual, tentativa de obter ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas ou atos para traficar ou direcionar contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não se limitando, a casa e o trabalho.⁽¹⁾

Por conseguinte, se estende a todos os ciclos da vida humana, de formas diferentes em cada fase do desenvolvimento, causando danos à saúde de homens e mulheres. Em idades produtivas, seus impactos na sociedade vão para além do setor saúde. Ampla e heterogênea, estima-se que a taxa de prevalência global de violência sexual entre as mulheres seja de 2.816 casos por 100.000 pessoas, enquanto essa taxa entre os homens estaria em 1.194 casos por 100.000 pessoas.⁽²⁾

Importante ponderar que a violência sexual possui estimativas muito variáveis uma vez que se trata de um agravo de conceito amplo e fortemente influenciado por valores culturais, principalmente entre os homens onde os delitos sexuais são menos compreendidos e menos reconhecidos pela sociedade.⁽²⁾ No Brasil, a taxa média de casos notificados para violência sexual é de 4,38 notificações por 100 mil habitantes, dado preocupante, uma vez que os registros institucionais da violência sexual são apenas uma fração da dimensão deste agravo, alcançando apenas as vítimas que de alguma forma acessaram os serviços assistenciais.⁽³⁾

Sentimentos de culpa, vergonha e medo comumente atravessam as pessoas em situação de violência e as impedem de buscar serviços de apoio. Neste contexto, os profissionais de saúde assumem papel relevante no acolhimento qualificado e seguro das vítimas e no encaminhamento das demandas apresentadas aos diversos setores da assistência.⁽⁴⁾

Da mesma forma, os sistemas de notificação em saúde assumem papel importante na linha de cuidado dando visibilidade ao problema, subsidiando os serviços e as políticas públicas.⁽⁵⁾ A notificação oportuna e sistematizada da violência permite a articulação entre os serviços de saúde bem como a atuação em conjunto com os outros setores da sociedade implicados como a educação, a assistência social, o judiciário e as organizações não governamentais.⁽⁶⁾

Frente ao exposto, entendemos que a violência sexual constitui uma questão de saúde pública, ampla e complexa, mas que precisa ser melhor compreendida para ser adequadamente enfrentada. Este estudo permite ampliar o conhecimento sobre o fenômeno, dando subsídios à elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento à violência na população adulta. Nessa perspectiva, o objetivo dessa pesquisa foi identificar a prevalência de casos notificados de violência sexual na população adulta do estado do Espírito Santo, entre os anos de 2011 e 2018, e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da agressão.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico do tipo transversal, realizado com os dados das notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN do estado do Espírito Santo, Brasil, entre os anos de 2011 e 2018. Os dados foram extraídos do sistema pela Secretaria Estadual de Saúde em setembro de 2019 após a aprovação da pesquisa em comitê de ética. Foram incluídos na análise todos os casos deste agravo registrados no sistema durante o período estabelecido.

A escolha pelo período de coleta dos dados se deu por conta da obrigatoriedade da notificação dos casos de violência a partir da Portaria 104 de janeiro de 2011, por todos os serviços de saúde.⁽⁷⁾ Enquanto agravo de notificação compulsória, os casos de violência são monitorados através da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

A variável de desfecho do estudo foi a violência interpessoal sexual (sim/não). Já as variáveis independentes foram compostas pelas características da vítima: sexo (feminino/masculino), idade (20 a 29 anos/30 a 39 anos/40 a 49 anos/50 a 59 anos), raça/cor (branca/preta ou parda), escolaridade (0 a 4 anos/5 a 8 anos/9 anos ou mais), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), zona de residência (urbana ou periurbana/rural) e presença de deficiência ou transtorno (sim/não); pelas características do agressor: sexo (feminino/masculino), faixa etária (até 24 anos/25 anos ou mais), vínculo com a vítima (parceiro íntimo atual ou ex/conhecido/desconhecido) e suspeita de uso de álcool (sim/não); e características da ocorrência do evento: número de envolvidos (um/dois ou mais), local da ocorrência

(residência/via pública/ outros) histórico de repetição (sim/não) e encaminhamentos para outros serviços (sim/ não).

Foi realizada análise descritiva por meio das frequências relativa e absoluta e intervalos de confiança de 95%, na análise bivariada foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson e para a multivariada a Regressão de Poisson, através do modelo hierárquico, com as características da vítima como primeiro nível e as características do agressor e da agressão como segundo nível. As variáveis que entraram no modelo foram aquelas que obtiveram valor de p menor que 0,2 na análise bivariada; sua manutenção no modelo seguiu o critério de p menor que 0,05, e os resultados expressos em Razão de Prevalência (RP), bruta e ajustada, com os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A variável sexo do autor não entrou no modelo por conta do baixo quantitativo de casos nas categorias. Todas as análises foram realizadas no *software* Stata 14.1 e para a apresentação do estudo foi utilizada as recomendações da iniciativa STROBE.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo com parecer sob número 2.819.597 e as normas e diretrizes das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde foram observadas (CAAE: 88138618.0.0000.5060).

Resultados

Entre os anos de 2011 e 2018 foram realizadas 1.332 (P:6,2%; IC 95%:5,9-6,5) notificações de violência sexual na população adulta do Espírito Santo; destas, 1.282 notificações foram contra mulheres e 50 casos cometidos contra homens (dado não apresentado em tabela). A tabela 1 apresenta as características da população. Na maioria dos casos as vítimas de violência sexual são mulheres (P: 96,2%; IC 95%: 95,1-97,1), sendo que 44% (IC 95%: 41,4-46,7) tinham entre 20 e 29 anos, autodeclaradas como pretas ou pardas (P: 67,3%; IC95%: 64,7-69,9), e, cerca de seis em cada dez com 9 anos de estudo ou mais e sem companheiro. Observa-se ainda que 84,4% (IC 95%: 82,3-86,3) não apresentam deficiências e 94,3% (IC 95%: 92,9-95,5) são residentes em área urbana ou periurbana. Quanto às características do agressor, quase a totalidade são homens (P: 98,6%; IC 95%: 97,8-99,1); com 25 anos ou mais (P: 80,0%; IC 95%: 77,0-82,8); e, 45,2% (IC 95%:

42,5-48,0) são desconhecidos da vítima. A suspeita de uso de álcool ocorreu em 55,6% (IC 95%: 52,3-58,9) das notificações, em 84,1% dos casos havia apenas um agressor (IC 95%: 82,0-86,0) e a residência foi o principal local de ocorrência (P: 54,1%; IC 95%: 51,3-56,9). Não houve repetição do agravo em 62,6% dos casos e nove em cada dez foram encaminhados para seguimento em outros serviços (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos casos de violência sexual notificados na população adulta, de acordo com os dados da vítima, do agressor e da ocorrência

Variáveis	n(%)	IC 95%
Sexo		
Masculino	50(3,8)	2,9-4,9
Feminino	1282(96,2)	95,1-97,1
Faixa etária		
20 a 29 anos	586(44,0)	41,4-46,7
30 a 39 anos	412(30,9)	28,5-33,5
40 a 49 anos	215(16,1)	14,3-18,2
50 a 59 anos	119(8,9)	7,5-10,6
Raça/Cor		
Branca	397(32,7)	30,1-35,3
Preta/Parda	819(67,3)	64,7-69,9
Escolaridade		
0 a 4 anos	116(11,4)	9,6-13,5
5 a 8 anos	285(28,1)	25,4-30,9
9 anos ou mais	615(60,5)	57,5-63,5
Situação conjugal		
Sem companheiro	813(66,1)	63,5-68,7
Com companheiro	416(33,9)	31,3-36,6
Deficiências/Transtornos		
Não	1023(84,4)	82,3-86,3
Sim	189(15,6)	13,7-17,8
Zona de residência		
Urbana/Periurbana	1212(94,3)	92,9-95,5
Rural	73(5,7)	4,5-7,1

Sexo do agressor		
Masculino	1289(98,6)	97,8-99,1
Feminino	10(0,8)	0,4-1,4
Ambos	8(0,6)	0,3-1,2
Faixa etária do agressor		
0 – 24 anos	145(20,0)	17,2-23,1
25 anos ou mais	581(80,0)	77,0-82,8
Vínculo com a vítima		
Parceiro íntimo (atual ou ex)	358(28,0)	25,6-30,5
Conhecido	343(26,8)	24,4-29,3
Desconhecido	579(45,2)	42,5-48,0
Suspeita de uso de álcool		
Não	391(44,4)	41,1-47,7
Sim	490(55,6)	52,3-58,9
Número de envolvidos		
Um	1063(84,1)	82,0-86,0
Dois ou mais	201(15,9)	14,0-18,0
Local de ocorrência		
Residência	668(54,1)	51,3-56,9
Via pública	358(29,0)	26,5-31,6
Outros	208(16,9)	14,9-19,1
Violência de repetição		
Não	758(62,6)	59,9-65,3
Sim	452(37,4)	34,7-40,1
Encaminhamento		
Não	130(9,9)	8,4-11,6
Sim	1187(90,1)	88,4-91,6

IC 95% - Intervalo de confiança de 95%

Na análise bivariada, constata-se relação da violência sexual com as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal e zona de residência da vítima, bem como, faixa etária e sexo do agressor, vínculo com a vítima, suspeita de uso de álcool pelo agressor, número de envolvidos, local de ocorrência, histórico de repetição e encaminhamento para outros serviços ($p < 0,05$). Apenas as variáveis

raça/cor e presença de deficiências/transtornos não esteve relacionada a esse tipo de violência (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada da violência sexual notificada na população adulta de acordo com as características da vítima, do agressor e da ocorrência

Variáveis	n(%)	IC 95%	p-value
Sexo			
Masculino	50(1,2)	0,9-1,6	<0,001
Feminino	1282(7,3)	7,0-7,7	
Faixa etária			
20 a 29 anos	586(7,6)	7,0-8,2	<0,001
30 a 39 anos	412(5,6)	5,1-6,1	
40 a 49 anos	215(4,8)	4,2-5,5	
50 a 59 anos	119(5,7)	4,8-6,8	
Raça/Cor			
Branca	397(6,6)	6,0-7,2	0,706
Preta/Parda	819(6,4)	6,0-6,9	
Escolaridade			
0 a 4 anos	116(5,4)	4,5-6,4	<0,001
5 a 8 anos	285(6,8)	6,1-7,6	
9 anos ou mais	615(7,9)	7,4-8,6	
Situação conjugal			
Sem companheiro	813(8,6)	8,1-9,2	<0,001
Com companheiro	416(4,8)	4,4-5,3	
Deficiências/Transtornos			
Não	1023(6,9)	6,5-7,3	0,152
Sim	189(6,2)	5,4-7,1	
Zona de residência			
Urbana/Periurbana	1212(6,4)	6,1-6,8	<0,001
Rural	73(3,4)	2,7-4,2	
Sexo do agressor			
Masculino	1289(9,6)	9,1-10,1	<0,001
Feminino	10(0,2)	0,1-0,3	
Ambos	8(2,7)	1,3-5,2	
Faixa etária do agressor			
0-24 anos	145(4,1)	3,5-4,9	0,006

25 anos e mais	581(5,3)	4,9-5,7	
Vínculo com a vítima			
Parceiro íntimo (atual ou ex)	358(4,4)	4,0-4,9	<0,001
Conhecido	343(8,7)	7,9-9,6	
Desconhecido	579(30,8)	28,8-32,9	
Suspeita de uso de álcool			
Não	391(4,9)	4,5-5,4	<0,001
Sim	490(7,4)	6,8-8,1	
Número de envolvidos			
Um	1063(6,1)	5,7-6,4	<0,001
Dois ou mais	201(8,4)	7,3-9,5	
Local de ocorrência			
Residência	668(4,8)	4,5-5,2	<0,001
Via pública	358(11,0)	9,9-12,1	
Outros	208(11,0)	9,7-12,5	
Violência de repetição			
Não	758(10,2)	9,6-10,9	<0,001
Sim	452 (4,8)	4,4-5,3	
Encaminhamento			
Não	130 (3,4)	2,9-4,0	<0,001
Sim	1187 (7,0)	6,6-7,4	

IC 95% - Intervalo de confiança de 95%

A Tabela 3 mostra que após análise ajustada, a violência sexual foi 6,26 vezes (IC 95%: 4,63-8,48) mais frequente em mulheres. Além disso, a vitimização no grupo de 20 e 29 anos foi 1,51 vezes (IC 95%: 1,28-1,77) maior em relação ao grupo de 40 a 49 anos. Outro achado associado foi não possuir companheiro (RP: 1,86; IC 95%: 1,66-2,09). Ainda, ser residente na zona urbana/periurbana revela uma frequência 1,60 vezes maior do evento (IC 95%: 1,25-2,05). Quanto às características dos agressores, encontrou-se maior prevalência de perpetradores de 25 anos ou mais (RP: 1,50; IC 95%: 1,26-1,78). A agressão sexual contra adultos é cerca de oito vezes mais cometida por desconhecidos (RP: 9,37; IC 95%: 7,80-11,24), e, 1,62 vezes mais frequente envolvendo um agressor na ocorrência (IC 95%: 1,32-1,98). Quanto ao local da ocorrência da agressão sexual, a via pública foi 1,38 (IC 95%: 1,06-1,16) vezes mais frequente do que em outros locais (Tabela 3).

Tabela 3. Análises bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência sexual notificada na população adulta

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC 95%	p-value	RP	IC 95%	p-value
Sexo						
Masculino	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Feminino	6,03	4,55-7,98		6,26	4,63-8,48	
Faixa etária						
20 a 29 anos	1,57	1,35-1,83	<0,001	1,51	1,28-1,77	<0,001
30 a 39 anos	1,16	0,98-1,36		1,13	0,95-1,34	
40 a 49 anos	1,0			1,0		
50 a 59 anos	1,19	0,95-1,48		1,27	1,01-1,60	
Escolaridade						
0 a 4 anos	1,0		<0,001	1,0		0,477
5 a 8 anos	1,27	1,03-1,56		1,06	0,85-1,32	
9 anos ou mais	1,47	1,21-1,78		1,12	0,91-1,38	
Situação conjugal						
Sem companheiro	1,80	1,60-2,02	<0,001	1,86	1,66-2,09	<0,001
Com companheiro	1,0			1,0		
Deficiências/Transtornos						
Não	1,12	0,96-1,30	0,153	0,99	0,83-1,19	0,964
Sim	1,0			1,0		
Zona de residência						
Urbana/Periurbana	1,90	1,51-2,40	<0,001	1,60	1,25-2,05	<0,001
Rural	1,0			1,0		
Faixa etária do agressor						
0-24 anos	1,0		0,006	1,0		<0,001
25 anos e mais	1,28	1,07-1,53		1,50	1,26-1,78	
Vínculo com a vítima						
Parceiro íntimo (atual ou ex)	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Conhecido	1,97	1,70-2,27		2,40	1,98-2,91	
Desconhecido	6,96	6,16-7,86		9,37	7,80-11,24	
Suspeita de uso de álcool						
Não	1,0		<0,001	1,0		0,240
Sim	1,50	1,32-1,71		1,10	0,94-1,30	
Número de envolvidos						
Um	0,73	0,63-0,84	<0,001	1,62	1,32-1,98	<0,001

Dois ou mais	1,0			1,0		
Local de ocorrência						
Residência	0,81	0,79-0,84	<0,001	1,02	0,98-1,07	<0,001
Via pública	1,09	1,06-1,13		1,38	1,06-1,16	
Outros	1,0			1,0		
Violência de repetição						
Não	2,12	1,89-2,37	<0,001	1,09	0,91-1,30	0,362
Sim	1,0			1,0		

RP - razão de prevalências; IC95% - intervalo de confiança de 95%

Discussão

Os resultados apresentados mostram que 6,2% das notificações de violência interpessoal entre adultos foram tipificadas como sexual. Além disso, a vitimização foi cerca de seis vezes mais prevalente entre pessoas do sexo feminino, mais frequente entre adultos mais jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e quase duas vezes mais prevalente entre os que referiram não possuir companheiro. Esse tipo de violência ainda esteve associado ao fato de a vítima residir em zona urbana ou periurbana, à agressores com mais de 25 anos de idade e com a ocorrência em via pública e com apenas um perpetrador. A agressão por desconhecidos foi cerca de nove vezes mais prevalente do que no grupo de agressores que possuíam algum vínculo com a vítima.

Quanto a sua magnitude, a violência sexual foi responsável por 6,2% das notificações de violência registradas na população adulta do Espírito Santo. O VIVA Inquérito, estudo nacional realizado em diversas capitais do país, estima que 1,5% dos atendimentos por violência ocorridos nos hospitais de urgência e emergência são motivados por agressões sexuais.⁽⁸⁾ Esse resultado acompanha o cenário geral das violências no país e suas tendências, reforçando a posição do Espírito Santo como estado onde os altos números da violência ainda perduram.⁽⁹⁾

Foi observado ainda que a violência sexual foi 6,26 vezes (IC 95%: 4,63-8,48) mais frequente em mulheres. Tal dado se assemelha a estudos nacionais em que 86% das notificações eram de pessoas do sexo feminino.⁽¹⁰⁾ Este cenário expressa as relações desiguais de poder que cercam homens e mulheres, resultado de valores culturais e religiosos que colocam a mulher em situação de vulnerabilidade e o

homem em posição de dominação e força. Somados a isso, atentamos para as dificuldades de acesso e de compreensão desse tipo de violência por parte dos serviços assistenciais, o que tornam essa equação ainda mais desigual.⁽²⁾

As análises apontam ainda que a violência sexual acomete maior prevalência de adultos jovens, com prevalência 1,51 vezes maior (IC 95%: 1,28-1,77) na faixa etária entre 20 e 29 anos em relação às vítimas de 40 a 49 anos; semelhante a estudo realizado no Piauí, onde mulheres com 20 a 29 anos eram 1,33 vezes mais vítimas desse agravo.⁽¹¹⁾ A vitimização sexual, em especial entre as mulheres, é mais frequente entre as mais jovens e à medida que acontece o envelhecimento, se torna menos prevalente considerando que as vítimas se tornam mais produtivas e independentes economicamente.⁽¹¹⁾

Sobre a situação conjugal, observou-se prevalência 1,86 vezes maior (IC 95%: 1,66-2,09) entre as que declararam não possuir companheiro. Em estudo realizado na Bélgica, ter um companheiro foi associado a uma diminuição do risco de vitimização sexual no último ano, quando comparado aos entrevistados que não possuíam parceiro.⁽¹²⁾ Essa associação ainda é pouco explorada, no entanto, ela tem se justificado na possibilidade da falta de vínculo afetivo ser fator encorajador para a denúncia.⁽¹¹⁾

A prevalência de violência sexual foi 1,60 vezes maior (IC 95%: 1,25-2,05) entre as residentes de zona urbana ou periurbana, corroborando com os resultados de outros estudos realizados nos estados de Minas Gerais,⁽¹³⁾ Pernambuco⁽¹⁴⁾ e Bahia⁽¹⁵⁾ onde a zona urbana apareceu com maior frequência de vitimados. Estes resultados indicam como possibilidades que pessoas da zona rural sofrem ou denunciam menos as situações de violência,⁽¹⁵⁾ ou que locais onde haja maior desenvolvimento econômico e social possuem maior número de unidades notificadoras.⁽³⁾

Além disso, maiores prevalências foram evidenciadas por agressores com 25 anos ou mais (RP: 1,50; IC 95%: 1,26-1,78), e entre as ocorrências de apenas um perpetrador (RP: 1,62; IC95%: 1,32-1,98). Em São Paulo a faixa etária mais prevalente do agressor era de adultos jovens.⁽¹⁶⁾ Já no Paraná foi observado apenas um agressor em cerca de 79% dos casos,⁽¹⁷⁾ enquanto no estado do Piauí foi próxima de 90% em estudo realizado com mulheres entre 10 e 49 anos de idade.⁽¹¹⁾

Sobre o vínculo com o agressor, a violência sexual foi 9,37 vezes mais perpetrada por desconhecido. Este dado se assemelha a estudo realizado com vítimas de violência sexual no Piauí, justificando pela provável subnotificação desses casos, uma vez que a culpa e a vergonha que a vítima traz consigo, quando o agressor faz parte do seu círculo familiar, são obstáculos no reconhecimento e registro desses casos nos serviços assistenciais.⁽¹¹⁾

Outro resultado deste estudo foi o local de ocorrência da violência sexual mais frequente na via pública. De maneira geral, este é o cenário encontrado para este tipo de violência na população adulta, a ocorrência da agressão em local público é associada à violência sexual.⁽¹¹⁾ Essa associação deve servir de alerta para a segurança pública, uma vez que a abordagem às vítimas por seus agressores em ambiente público durante seus deslocamentos cotidianos remete à necessidade de maior visibilidade à esse tipo de agressão, permitindo ações protetivas de enfrentamento a esse agravo.⁽¹⁸⁾

Os limites deste estudo estão associados ao delineamento transversal proposto que não permite relação de causalidade entre as variáveis, limitando os resultados à população estudada. Além disso, o estudo trata da análise de um banco de dados secundários de um sistema de informação em saúde, limitado a um período temporal, inviabilizando análises mais amplas e atuais que a temática requer. No entanto, contribui com informações importantes para elucidar este cenário.

Conclusão

Este é o primeiro estudo que se tem conhecimento, sobre a frequência da violência sexual na população adulta do Espírito Santo, evidenciando a problemática e a magnitude deste agravo no estado. Os resultados apontam para uma prevalência significativa desse tipo de violência na população adulta, associada a vítimas do sexo feminino, adultos jovens, que não possuíam companheiro e residentes em zona urbana ou periurbana. Quanto aos agressores e à agressão, a violência esteve associada a perpetradores com mais de 25 anos, desconhecidos de suas vítimas, com o envolvimento de um único agressor e ocorrência em local público. O conhecimento das prevalências da violência sexual e de seus fatores associados contribui substancialmente para o planejamento de ações estratégicas de saúde

pública e de enfrentamento ao agravo, bem como para a qualificação dos profissionais e dos serviços envolvidos no acolhimento e no manejo de pessoas em situação de violência. Para tanto, são necessários o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde enquanto potência no fomento desses dados e o reconhecimento do protagonismo do setor saúde e de seus profissionais no acompanhamento especializados dos casos.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women. Geneva: WHO; [internet] 2011 [cited 2021 Jun 14]. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112325/WHO_RHR_14.11_eng.pdf
2. Borumandnia N, Khadembashi N, Tabatabaei M, Majd HA. The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-7.
3. Silva JVD, Roncalli AG. Trend of social iniquities in reports of sexual violence in Brazil between 2010 and 2014. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200038. DOI: 10.1590/1980-549720200038
4. Polidoro M, Cunda BV, Oliveira DC. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. *Saúde em Redes*. 2020;6(2):195-206. DOI: 10.18310/2446-4813.2020v6n2p195-206
5. Marinho-Neto KR, Girianelli VR. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. *Cad Saude Colet*. 2020;28(4):488-99. DOI: 10.1590/1414-462X202028040404
6. Teofilo MM, Kale PL, Eppinghaus AL, Azevedo OP, Farias RS, Maduro JP, et al. Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). *Cad Saude Colet*. 2019;27(4):437-47. DOI: 10.1590/1414-462X201900040302X
7. 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; [internet] 2011 [citado 2021 Jun 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

8. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MGD. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2811-23. DOI: 10.1590/1413-81232017229.13342017

9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas da violência 2020. IPEA; [internet] 2020 [citado 2021 Jun 14]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36488&Itemid=432.

10. Gaspar RS, Pereira MU. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(11):e00172617. DOI: 10.1590/0102-311X00172617

11. Madeiro A, Rufino AC, Sales IC, Queiroz LC. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016. *J Health Biol Sci*. 2019;7(3):258-64. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v7i3.2417.p258-264.2019

12. Schapansky E, Depraetere J, Keygnaert I, Vandeviver C. Prevalence and Associated Factors of Sexual Victimization: Findings from a National Representative Sample of Belgian Adults Aged 16-69. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 9;18(14):7360. DOI: 10.3390/ijerph18147360.

13. Kataguirri LG, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro SS. Characterization of sexual violence in a state from the southeast region of Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180183. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0183

14. Holanda ER, Holanda VR, Vasconcelos MS, Souza VP, Galvão MT. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(1):1-9.

15. Silva MP, Santos BO, Ferreira TB, Lopes AO. Violence and its repercussions in the life of contemporary women. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2017;11(8):3057-64. DOI: 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201709

16. Armond JE, Armond RE, Silva CV, Rodrigues CL, Oliveira JC. Uma visão geral de um país em desenvolvimento sobre homens vítimas de violência física e sexual. *Nurs (São Paulo)*. 2020;23(269):4741-50.
17. Batista VC, Back IR, Monteschio LV, Arruda DC, Rickli HC, Grespan LR, et al. Profile of the notifications on sexual violence. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018;15(5):1372-80. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12509
18. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EB. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6):1-13. DOI: 10.1590/0102-311X00002716

6.3 ARTIGO 2

Título: Fatores associados à violência de repetição na população adulta em um estado brasileiro.

Situação: Submetido a Revista Texto e Contexto Enfermagem.

FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DE REPETIÇÃO NA POPULAÇÃO ADULTA EM UM ESTADO BRASILEIRO

RESUMO

Objetivo: identificar a frequência de violência com caráter de repetição notificada em adultos no estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018 e sua associação com as características da vítima, do agressor e da agressão. **Método:** estudo epidemiológico, transversal, realizado com dados das notificações de violência registradas no Sistema de Informação de Agravos Notificados no estado do Espírito Santo, Brasil, no período de 2011 a 2018. Os dados foram analisados pelo software Stata versão 14.1 e os resultados expressos por meio de Razão de Prevalência. **Resultados:** a frequência de violência com caráter de repetição foi de 56,7%. Foi mais prevalente entre pessoas do sexo feminino, nas faixas etárias acima dos 40 anos, de cor preta e parda e com companheiro. Vítimas com deficiências ou

transtornos sofreram mais com esse agravo e residiam em zona urbana ou periurbana. Quanto aos agressores, tinham menos de 25 anos, eram de ambos os sexos e parceiro íntimo da vítima. As agressões tiveram a participação de apenas um perpetrador e ocorreram na residência. **Conclusão:** a violência de repetição apresentou elevada magnitude entre as notificações, e esteve associada a características da vítima, do agressor e do evento. Os dados mostram a gravidade desse evento, e o quanto o serviço de saúde precisa atuar frente ao rastreamento precoce de modo a minimizar as consequências da cronificação da violência na vida de suas vítimas.

DESCRITORES: Adulto. Estudos Transversais. Reincidência. Sistema de Informação em Saúde. Violência.

INTRODUÇÃO

Por muito tempo, a violência foi reconhecida como um problema global de segurança e justiça, entrando na pauta do setor da saúde apenas no ano de 1996, quando foi apresentada também como grave problema de saúde pública e entendida como o uso intencional da força física ou poder, real ou ameaça, que resulte em lesão, morte ou danos psicológicos, no desenvolvimento ou privação.¹ A repetição das violências expõe a invisibilidade e a permissividade para como o sofrimento dos grupos à margem da sociedade.²

Estima-se que a violência seja responsável por 1,25 milhão de mortes a cada ano no mundo todo.³ Além disso, eventos recorrentes de violências tendem ao agravamento progressivo das agressões, evidenciando a fragilidade das redes de apoio às vítimas e a necessidade de rompimento do ciclo habitual de violências.⁴

De modo geral, pessoas em situação de violência recorrente são mais vulneráveis, frequentemente mais acometidas pelo desemprego, por questões de saúde mental, automutilação e tentativas de suicídio, bem como dificuldade de aprendizagem e uso abusivo de álcool.⁵ Seu enfrentamento perpassa pelos desafios do conhecimento efetivo do problema, do acesso aos serviços assistenciais, da qualidade e amplitude das ações de prevenção, da aplicação das leis e da cooperação multissetorial.¹

Dessa maneira, entendemos que esse tipo de violência configura um importante problema de saúde pública que ainda necessita de maior compreensão do fenômeno para melhor manejo dos casos. Para tanto, são necessárias a capacitação contínua das equipes assistenciais para prevenção, identificação e acompanhamento das vítimas e a notificação oportuna dos casos nos sistemas de informação em saúde para fomento de dados e mobilização da rede de atenção.

Assim posto, este estudo tem por objetivo identificar a frequência de violência com caráter de repetição notificada na população adulta no estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018 e sua associação com as características da vítima, do agressor e da agressão.

MÉTODO

Estudo transversal realizado com os dados das notificações de violência interpessoal e autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) do estado do Espírito Santo, Brasil, nos anos de 2011 a 2018. Os dados foram extraídos das bases da Secretaria Estadual de Saúde após aprovação em comitê de ética e o intervalo temporal escolhido a partir da obrigatoriedade de notificação dos casos de violência estabelecida pela Portaria 104 de janeiro de 2011.⁶ Foram incluídos na análise todos os casos registrados pelos serviços de saúde no período estabelecido com vítimas entre 20 e 59 anos de idade.

O Espírito Santo é o quarto menor estado brasileiro, localizado na região sudeste do país, e conta com pouco mais de 46 mil km² de extensão territorial e uma população estimada em 4 milhões de habitantes; destes, cerca de metade são adultos com idades entre 20 e 59 anos.⁷

A variável de desfecho deste estudo foi a violência recorrente (sim/não) e as variáveis independentes foram as características da vítima, como sexo (feminino/masculino), idade (20 a 29 anos/30 a 39 anos/40 a 49 anos/50 a 59 anos), cor (branca/preta ou parda), escolaridade (0 a 4 anos/5 a 8 anos/9 anos ou mais), situação conjugal (sem companheiro/com companheiro), presença de deficiências/transtornos (sim/não) e zona de residência (urbana ou periurbana/rural); as características do agressor, como sexo (feminino/masculino/ambos), faixa etária (0 a 24 anos/25 anos ou mais), vínculo com a vítima (parceiro íntimo atual ou ex/conhecido/desconhecido) e suspeita de uso de álcool (sim/não); e características

da ocorrência, como número de envolvidos (um/dois ou mais), se ocorreu na residência (sim/não) e se gerou encaminhamento para outros serviços (sim/não).

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio das frequências relativa e absoluta, com intervalo de confiança de 95%. A análise bivariada foi realizada utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson e a multivariada Regressão de Poisson, através de modelo hierárquico com as características da vítima em primeiro nível e as características do agressor e da ocorrência em segundo nível. Na análise multivariada, foram incluídas no modelo as variáveis que obtiveram $p < 0,2$ na análise bivariada, mantendo as que apresentaram $p < 0,05$. Os resultados foram expressos em Razão de Prevalência (RP), bruta e ajustada, com intervalos de confiança de 95%. As análises foram realizadas pelo *software* Stata 14.1 e os resultados apresentados conforme recomendação da iniciativa STROBE.

O estudo foi aprovado em comitê de ética em pesquisa com parecer favorável, atendendo as normas e diretrizes das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre os anos de 2011 e 2018, foram notificados 9.933 (P: 56,7%; IC 95%: 56,0-57,5) casos de violência com caráter de repetição na população adulto do Espírito Santo (Dados não apresentados em tabela). A Tabela 1 apresenta as características dessa população, cujas vítimas são majoritariamente do sexo feminino (P: 89,3; IC 95%: 88,7-89,9), adultos jovens nas faixas etárias de 20 a 29 anos (P: 32,7; IC 95%: 31,8-33,6) e de 30 a 39 anos de idade (P: 35,1; IC 95%: 34,2-36,0), declarados pretos ou pardos (P: 67,7; IC 95%: 66,8-68,7), com escolaridade maior que 9 anos de estudo (P: 54,3; IC 95%: 53,2-55,5), que possuíam companheiro (P: 51,1; IC 95%: 50,1-52,1), que não possuíam deficiências ou transtornos (P: 80,2; IC 95%: 79,3-81,0) e que residiam em zona urbana ou periurbana (P: 91,5; IC 95%: 90,9-92,0). Os agressores possuíam idade maior que 25 anos (P: 76,8; IC 95%: 75,8-77,8), em sua maioria do sexo masculino (P: 73,4; IC 95%: 72,5-74,3), com vínculo de parceiro íntimo com suas vítimas (P: 78,9; IC 95%: 78,0-79,9) e sem a suspeita de uso de álcool (P: 53,3; IC 95%: 52,2-54,4). A agressão foi predominantemente causada por um indivíduo (P: 91,7; IC 95%: 91,1-92,2), ocorreu dentro de residência (P: 82,8; IC 95%: 82,0-83,5) e gerou

encaminhamentos (P: 84,7; IC 95%: 84,0-85,4).

Tabela 1. Caracterização da violência com caráter de repetição notificada na população adulta de acordo com as características da vítima do agressor e da agressão. Espírito Santo, Brasil, 2011-2018. (n= 9.933)

Variáveis	N	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	1061	10,7	10,1-11,3
Feminino	8872	89,3	88,7-89,9
Faixa etária			
20 a 29 anos	3248	32,7	31,8-33,6
30 a 39 anos	3486	35,1	34,2-36,0
40 a 49 anos	2175	21,9	21,1-22,7
50 a 59 anos	1024	10,3	9,7-10,9
Raça/cor			
Branca	2906	32,3	31,3-33,2
Preta/parda	6100	67,7	66,8-68,7
Escolaridade			
0 a 4 anos	1130	15,1	14,3-15,9
5 a 8 anos	2289	30,6	29,5-31,6
9 anos ou mais	4069	54,3	53,2-55,5
Situação conjugal			
Sem companheiro	4549	48,9	47,9-49,9
Com companheiro	4751	51,1	50,1-52,1
Deficiências/transtornos			
Não	7209	80,2	79,3-81,0
Sim	1784	19,8	19,0-20,7
Zona de residência			
Urbana/periurbana	8821	91,5	90,9-92,0
Rural	824	8,5	8,0-9,1
Faixa etária do agressor			
0-24 anos	1579	23,2	22,2-24,2
25 anos ou mais	5223	76,8	75,8-77,8
Sexo do agressor			
Masculino	7127	73,4	72,5-74,3
Feminino	2464	25,4	24,5-26,3

Ambos	121	1,2	1,0-1,5
Vínculo com a vítima			
Parceiro íntimo (atual ou ex)	5710	78,9	78,0-79,9
Conhecido	1281	17,7	16,9-18,6
Desconhecido	242	3,4	3,0-3,8
Suspeita de uso de álcool			
Não	4227	53,3	52,2-54,4
Sim	3697	46,7	45,6-47,8
Número de envolvidos			
Um	8912	91,7	91,1-92,2
Dois ou mais	806	8,3	7,8-8,9
Ocorreu na residência			
Não	1646	17,2	16,5-18,0
Sim	7903	82,8	82,0-83,5
Encaminhamento			
Não	1444	15,3	14,6-16,0
Sim	7999	84,7	84,0-85,4

Na análise bivariada, a violência recorrente esteve relacionada às variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, situação conjugal, presença de deficiências/transtornos e local de residência da vítima, como também faixa etária e sexo do agressor, seu vínculo com a vítima, a suspeita de uso de álcool, o número de envolvidos e o local de ocorrência. Apenas a variável escolaridade da vítima não esteve relacionada a esse tipo de violência (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada da violência com caráter de repetição notificada na população adulta de acordo com as características da vítima do agressor e da agressão. Espírito Santo, Brasil, 2011-2018. (n = 9.933)

Variáveis	n	%	IC 95%	p-valor
Sexo				
Masculino	1061	35,7	34,0-37,4	<0,001
Feminino	8872	61,0	60,2-61,8	
Faixa etária				
20 a 29 anos	3248	52,2	51,0-53,4	<0,001
30 a 39 anos	3486	58,8	57,5-60,0	
40 a 49 anos	2175	60,1	58,5-61,7	

50 a 59 anos	1024	58,8	56,4-61,0	
Raça/cor				
Branca	2906	55,1	53,7-56,4	0,006
Preta/parda	6100	57,3	56,4-58,3	
Escolaridade				
0 a 4 anos	1130	56,3	54,1-58,4	0,340
5 a 8 anos	2289	58,0	56,4-59,5	
9 anos ou mais	4069	56,7	55,6-57,9	
Situação conjugal				
Sem companheiro	4549	54,1	53,0-55,2	<0,001
Com companheiro	4751	60,6	59,5-61,7	
Deficiências/transtornos				
Não	7209	53,8	53,0-54,7	<0,001
Sim	1784	70,6	68,8-72,3	
Zona de residência				
Urbana/periurbana	8821	57,4	56,7-58,2	<0,001
Rural	824	46,9	44,6-49,2	
Faixa etária do agressor				
0-24 anos	1579	52,6	50,8-54,4	<0,001
25 anos e mais	5223	57,3	56,3-58,3	
Sexo do agressor				
Masculino	7127	59,9	59,0-60,8	<0,001
Feminino	2464	50,7	49,3-52,1	
Ambos	121	46,9	40,9-53,0	
Vínculo com a vítima				
Parceiro íntimo (atual ou ex)	5710	76,9	75,9-77,9	<0,001
Conhecido	1281	37,4	35,8-39,1	
Desconhecido	242	15,1	13,5-17,0	
Suspeita de uso de álcool				
Não	4227	56,2	55,0-57,3	<0,001
Sim	3697	59,7	58,4-60,9	
Número de envolvidos				
Um	8912	59,8	59,0-60,6	<0,001
Dois ou mais	806	38,1	36,1-40,2	
Ocorreu na residência				

Não	1646	36,4	35,0-37,9	<0,001
Sim	7903	64,1	63,3-64,9	
Encaminhamento				
Não	1444	59,1	57,1-61,0	0,083
Sim	7999	57,2	56,4-58,0	

Teste Qui-Quadrado de Pearson

Na Tabela 3, observamos que, após a análise ajustada, a violência com caráter de repetição foi 73% mais frequente em pessoas do sexo feminino (RP: 1,73; IC 95%: 1,63-1,83), em adultos mais velhos, em faixas etárias de 40 a 49 anos (RP: 1,12; IC 95%: 1,08-1,16) e 50 a 59 anos (RP: 1,12; IC 95%: 1,06-1,18), nos declarados pretos ou pardos (RP: 1,04; IC 95%: 1,01-1,07), que possuíam companheiro (RP: 1,09; IC 95%: 1,05-1,12), com frequência 1,34 vezes maior entre os que possuíam deficiências ou transtornos (IC 95%: 1,29-1,38) e 16% maior entre os residentes em zona urbana ou periurbana (RP: 1,16; IC 95%: 1,10-1,23). Quanto aos agressores, esse tipo de violência esteve associada a perpetradores com menos de 25 anos de idade (RP: 1,06; IC 95%: 1,02-1,11), de ambos os sexos (RP: 1,32; IC 95%: 1,06-1,64) e quase 4 vezes mais prevalente entre agressores com vínculo de parceiro íntimo (RP: 3,91; IC 95%: 3,25-4,71) comparado ao grupo de agressores desconhecidos de suas vítimas. Esteve associada, ainda, a participação de apenas um algoz na agressão (RP: 1,17; IC 95%: 1,07-1,28) e a ocorrência da violência na residência (RP: 1,33; IC 95%: 1,26-1,41).

Tabela 3. Análise multivariada bruta e ajustada das características da vítima, do agressor e da ocorrência relacionadas à violência com caráter de repetição notificada na população adulta. Espírito Santo, Brasil, 2011-2018. (n = 9.933)

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC 95%	p valor	RP	IC 95%	p valor
Sexo						
Masculino	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Feminino	1,71	1,63-1,80		1,73	1,63-1,83	
Faixa etária						
20 a 29 anos	1,0		<0,001	1,0		<0,001
30 a 39 anos	1,13	1,09-1,16		1,11	1,07-1,15	
40 a 49 anos	1,15	1,11-1,19		1,12	1,08-1,16	
50 a 59 anos	1,13	1,08-1,18		1,12	1,06-1,18	

Raça/cor						
Branca	1,0		0,007	1,0		0,022
Preta/parda	1,04	1,01-1,07		1,04	1,01-1,07	
Situação conjugal						
Sem companheiro	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Com companheiro	1,12	1,09-1,15		1,09	1,05-1,12	
Deficiências/transtornos						
Não	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Sim	1,31	1,27-1,35		1,34	1,29-1,38	
Zona de residência						
Urbana/periurbana	1,23	1,16-1,29	<0,001	1,16	1,10-1,23	<0,001
Rural	1,0			1,0		
Faixa etária do agressor						
0-24 anos	0,92	0,88-0,95	<0,001	1,06	1,02-1,11	0,007
25 anos e mais	1,0			1,0		
Sexo do agressor						
Masculino	1,18	1,15-1,22	<0,001	1,14	1,04-1,25	0,004
Feminino	1,0			1,0		
Ambos	0,93	0,81-1,06		1,32	1,06-1,64	
Vínculo com a vítima						
Parceiro íntimo (atual ou ex)	5,09	4,52-5,71	<0,001	3,91	3,25-4,71	<0,001
Conhecido	2,47	2,19-2,80		2,08	1,72-2,52	
Desconhecido	1,0			1,0		
Suspeita de uso de álcool						
Não	1,0		<0,001	1,0		0,896
Sim	1,06	1,03-1,09		1,01	0,96-1,05	
Número de envolvidos						
Um	1,57	1,48-1,66	<0,001	1,17	1,07-1,28	<0,001
Dois ou mais	1,0			1,0		
Ocorreu na residência						
Não	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Sim	1,76	1,69-1,83		1,33	1,26-1,41	

 Regressão de Poisson

DISCUSSÃO

A violência, por sua magnitude, é considerada um grave problema de saúde pública e, quando apresenta caráter de repetição, aponta para a cronicidade do evento e para o seu potencial de agravamento dos impactos. Neste estudo, esse tipo de violência apresentou frequência de 56,7% na população capixaba e foi associada a vítimas do sexo feminino, com idades acima de 40 anos, pretos ou pardos, com companheiro, com transtornos ou deficiências e que residiam em área urbana ou periurbana; a agressores menores de 25 anos de idade, de ambos os sexos e com vínculo de parceiro íntimo; e as agressões tiveram a participação de um perpetrador com ocorrência em residência.

No período estudado, foram registradas 9.933 notificações de violência recorrente na população adulta do Espírito Santo, correspondendo a cerca de 56,7% dos casos. Este é o primeiro estudo, que se tem conhecimento, sobre a violência de repetição na população adulta, não sendo possível trazer comparações. Todavia, ao analisar uma pesquisa recente feita com crianças e idosos, observa-se que a repetição da violência esteve presente em 32,5% e em 50,1% dos casos notificados, respectivamente.^{8,9} A maior frequência registrada nessa população em relação aos extremos de idade pode ser amparada pela maior autonomia e acesso aos serviços notificadores, uma vez que a fonte dos dados analisados são os casos de violência atendidos e identificados pela rede de atenção.

Um achado importante foi a maior prevalência de repetição da violência em pessoas do sexo feminino, atestando a interferência da violência nas relações de poder entre os gêneros. Nesse embate, as mulheres são comumente as mais vitimadas, como demonstra estudo realizado na capital capixaba que apresentou prevalências de 57,6% de violência psicológica e 39,3% de violência física por parceiro íntimo ao longo da vida.¹⁰ A vulnerabilidade das mulheres ressoa como produto de processos históricos e culturais identificados pelo machismo e pelo patriarcado, muitas vezes legitimado pelo Estado e a sociedade civil.²

Os grupos mais acometidos foram os adultos nas faixas etárias entre 40 a 49 anos e 50 a 59 anos de idade. De maneira geral, essa relação entre a idade da vítima e as violências se apresenta muito diversa. A maior frequência de repetição de violência notificada entre os mais velhos pode ser entendida pelo maior tempo de exposição, pelo agravamento gradativo e progressivo dessa violência, mas que, nos

primeiros anos, as agressões passam banalizadas, ou mesmo pela maior autonomia e maturidade desses grupos, o que contribui para a identificação das situações de violência e procura por serviços assistenciais.^{11,12}

Foi observada associação entre a repetição da violência e adultos declarados pretos ou pardos, semelhante aos resultados apresentados em outro estudo brasileiro sobre violência interpessoal na população adulta, reflexo da desigualdade racial que condena e vitimiza os negros a todo tipo de violência.¹³

Adultos que possuíam deficiências ou transtornos apresentaram frequência 34% maior de violência recorrente, resultado que reforça essa complexa relação entre as variáveis, também apresentada em outra pesquisa brasileira, na qual vítimas de violência por parceiro íntimo tiveram mais chances de apresentar problemas de saúde mental, como depressão.¹⁴ Essa vulnerabilidade apresentada entre pessoas com deficiências possui múltiplas raízes, sustentada na potencial dependência física e funcional, além das barreiras e dificuldades de acesso aos serviços assistenciais.¹³

Os adultos residentes em zona urbana ou periurbana apresentaram frequência de violência de repetição 1,16 maior do que os adultos moradores de área rural. Esse resultado deve ser observado com cautela, levando em consideração que os dados analisados foram extraídos de notificações realizadas por profissionais de saúde. Dessa forma, as regiões socioeconomicamente privilegiadas tendem a concentrar maior número de registros, uma vez que detêm maior número de unidades notificadoras e equipamentos públicos, facilitando o acesso aos serviços e à informação.¹⁵

A violência de repetição foi associada a adultos que declararam possuir companheiro e seus agressores que possuíam vínculo de parceiro íntimo apresentaram quase 4 vezes mais prevalência de violência recorrente do que agressores desconhecidos. Essa afetividade alimenta as relações desiguais entre homens e mulheres, além de dificultar o acesso aos serviços de apoio e à delação das agressões.¹²

O estudo apresentou ainda associação da violência de repetição com a participação de apenas um algoz na agressão e o local da violência foi 33% mais frequente na residência que em outros espaços. A exemplo do que acontece nos casos de violência doméstica, nesse cenário, a segurança e o refúgio que se espera de um lar se convertem em um ambiente perigoso e propício às recorrentes

agressões alimentadas pelas relações privadas e distante da observação de terceiros.^{13,16} O convívio familiar com o agressor, a culpa atribuída equivocadamente à vítima e o medo da humilhação contribuem para o não registro das agressões e à perpetuação da violência.¹³

Este estudo apresenta limitações acerca de seu delineamento, que não permite relação de causalidade entre as variáveis, restringindo as análises. Concomitantemente, este estudo foi realizado a partir dos dados de um sistema de informação em saúde consolidado, em período temporal delimitado, limitando os resultados. A violência se apresenta como agravo amplo e complexo que necessita ser desvelado, e estudos como este são necessários para clarificar o evento e permitir o fomento de políticas de enfrentamento à violência.

CONCLUSÃO

Embora as políticas públicas e os serviços de saúde tenham avançado de alguma maneira dentro da temática, a violência ainda se apresenta como uma constante no cotidiano das comunidades e um desafio a ser vencido. A violência de repetição possui alta prevalência na população adulta e está associada a características da vítima, do agressor e da ocorrência. Essa reincidência aponta para o potencial agravamento das sucessivas agressões e para a cronicidade do agravo, acentuando os seus impactos na vida do indivíduo e da sociedade. Portanto, para o efetivo enfrentamento do problema, são necessárias a implementação de políticas públicas abrangentes e a atuação conjunta dos diversos setores da sociedade, além da capacitação dos serviços assistenciais para identificação e manejo do agravo, em especial nas instituições de saúde e aos seus profissionais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Geneva: WHO; 2014.
2. Soares MLM, Guimarães NGM, Bonfada, D. Trend, spatialization and circumstances associated with violence against vulnerable populations in Brazil, between 2009 and 2017. *Ciênc Saúde Colet*, 2021; 26(11):5751-5763. DOI: 10.1590/1413-812320212611.25242020
3. World Health Organization. WHO. Injuries and violence. [internet] 2021 [cited on Ago 28, 2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>.

4. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, Lima CM. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):2929-2938. DOI: 10.1590/1413-81232017229.12712017
5. Lovell A, Majeed-Ariss R, White C. Repeat attenders are disproportionately vulnerable: An exploration of revictimisation at Saint Mary's Sexual Assault Referral Centre. *J Forensic Leg Med*, 2021; 80:102158, 2021. DOI: 10.1016/j.jflm.2021.102158
6. 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: Diário Oficial da União; 2011.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
8. Pedroso MRO, Leite FMC. Recurrent violence against children: analysis of cases notified between 2011 and 2018 in Espírito Santo state, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*, 2021;30(3). DOI: 10.1590/S1679-49742021000300003
9. Pampolim G, Leite FMC. Analysis of Repeated Violence Against Older Adults in a Brazilian State. *Aquichan*, 2021;21(1):e2118. DOI: 10.5294/aqui.2021.21.1.8
10. Santos IB, Leite FMC, Amorim MHC, Maciel PMA, Gigante DP. Violence against women in life: study among Primary Care users. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(5):1935-1946. DOI: 10.1590/1413-81232020255.19752018
11. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludemir AB, Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*, 2009;43(2):299-311. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000013
12. Madeiro A, Rufino AC, Sales IC, Queiroz LC. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016. *J Health Biol Sci*, 2019;7(3):258-264. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v7i3.2417.p258-264.2019
13. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol*, 2020;23(Suppl 1). DOI: 10.1590/1980-549720200007.supl.1
14. Silva AN, Azeredo CM. The association between victimization resulting from intimate partner violence and depression among Brazilian adults. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(7):2691-2700. DOI: 10.1590/1413-81232018247.25002017
15. Silva JV, Roncalli AB. Trend of social iniquities in reports of sexual violence in Brazil between 2010 and 2014. *Rev Bras Epidemiol*, 2020;23:e200038. DOI: 10.1590/1980-549720200038
16. Ferreira PC, Batista VC, Pesce GB, Lino IGT, Marquete VF, Marcon SS. Caracterização dos casos de violência contra mulheres. *Rev enferm UFPE on line*, 2020;14:1-6. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243583

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou a violência interpessoal como importante agravo de saúde na população adulta, e seus diferentes tipos foram associados às características da vítima, do agressor e da ocorrência.

A análise das notificações de violência contra adultos revelou ainda a (in)visibilidade que o fenômeno possui nos serviços de saúde e nas diversas áreas da atenção, incorporado no cotidiano das relações humanas.

Os diferentes conceitos que a violência possui dentro das comunidades, assim como a dificuldade de alguns profissionais e serviços em identificar as violências como problema de saúde, o desconhecimento das normas técnicas e portarias reguladoras da assistência, e o medo dos agressores são parte dos desafios que encontramos no manejo dos casos.

Para além disso, a temática da violência ainda é, equivocadamente, centralizada na pasta da segurança pública, pela sociedade civil e pelos gestores, ignorando seus impactos em outras áreas da vida dos sujeitos, limitando as ações de enfrentamento, restringindo os registros e reduzindo o contexto real dos dados.

Outrossim, os sistemas de informação em saúde possuem enfoque nos grupos em vulnerabilidade. No que diz respeito aos adultos, trata-se, em sua maioria, de mulheres, indígenas, pessoas com deficiências ou transtornos e população LGBT.

Conhecer as variáveis implicadas na ocorrência e suas associações compreende importante etapa processo de planejamento e elaboração das políticas públicas e das ações de enfrentamento da violência, seja no âmbito da saúde ou nas diversas áreas implicadas.

Apesar das adversidades na identificação e no registro dos casos de violência, este estudo apontou para uma frequência expressiva de agressões no estado do Espírito Santo. Sua magnitude e seus impactos no cotidiano da sociedade imprimem a necessidade de ações conjuntas e efetivas envolvendo as diversas áreas da atenção, além de outros estudos complementares envolvendo outras variáveis e associações para melhor perceber o fenômeno.

Dessa forma, a saúde pública possui forte protagonismo na prevenção e no manejo dos casos, uma vez que estamos tratando de um agravo de saúde evitável, essência e pilar fundamental das políticas de saúde pública.

Para tanto, são necessárias a capacitação e a instrumentalização dos profissionais e dos serviços de saúde assistenciais, bem como o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, como ações estratégicas no fomento de dados referentes ao fenômeno e à garantia de inserção das vítimas na rede de cuidados.

REFERÊNCIAS

ANDALRAFT NETO, J. et al. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**, v. 40, n. 6, p. 301-306, Nov/Dez. 2012.

ANDRADE, A.B.; AZEREDO, C.M.; PERES, M.F.T. Exposição à violência comunitária e familiar e autoavaliação de saúde na população brasileira. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200039, 2020.

BATISTA, V.C. et al. Perfil das notificações sobre violência sexual. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1372-1380, 2018.

BRASIL. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 nov. 2003.

_____. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria n. 737/GM de 16 de maio de 2001. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**: Brasília 08 ago. 2006.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2011.

_____. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**: Brasília 08 ago. 2006.

_____. Lei 13.104 de 9 de março de 2015. Inclui feminicídio como crime hediondo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 mar. 2015.

CARABELLESE, F. et al. Women victims of violent partners: the Italian situation amid culture and psychopathology. **Journal of forensic sciences**, v. 59, n. 2, p. 533-539, 2014.

CARBALLEA, D.; RIVERA, R.M. Coronavirus and interpersonal violence: A need for digital mental health resources. **Psychological trauma: theory, research, practice, and policy**, v. 12, n. S1, p. S208, 2020.

CAVALCANTE, G.M.S. et al. Facial Injuries and the Gender Issue: Expressions of Violence in a Metropolitan Region of Northeastern Brazil. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto. v. 31, 5, p. 548-556, Set. 2020.

CECILIO, L.P.P. et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, p. 293-304, 2012.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: IPEA; FBSP, 2018.

CERQUEIRA D.; et al. **Atlas da Violência 2020**. IPEA. Brasília, 2020.

CHEN, W.T. et al. Tobacco, alcohol, drug use, and intimate partner violence among MSM living with HIV. **The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC**, v. 30, n. 6, p. 610, 2019.

COELHO, E.B.S. et al. **Políticas públicas no enfrentamento à violência no Brasil**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2007.

ELLIOTT, S.A. et al. Survivors' Concerns During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Insights from the National Sexual Assault Online Hotline. **Journal of Interpersonal Violence**, vol. 38, n. 1–2, NP84–NP107, 2023.

FAZEL, S. et al. Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. **The British Journal of Psychiatry**, v. 213, n. 4, p. 609-614, 2018.

FERNANDES, T.B. et al. Notificação de violência: conhecimento de cirurgiões-dentistas que atuam na Região Carbonífera, SC. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 2, p. 124-134, 2018.

FIOROTTI, K.F. et al. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

FLEMING, P.J. et al. Risk factors for men's lifetime perpetration of physical violence against intimate partners: results from the international men and gender equality survey (IMAGES) in eight countries. **PloS one**, v. 10, n. 3, p. e0118639, 2015.

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

GIRIANELLI, V.R. et al. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 318-326, 2018.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria da Saúde do Espírito Santo. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde - PDR**. Vitória/ES, 2011. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Vigilância Epidemiológica de Causas Externas/Acidentes e Violência, Saúde Espírito Santo, 2018: uma análise da situação de saúde, segundo perfil da mortalidade geral, causas externas, em mulheres em idade fértil e notificação de violências interpessoal/autoprovocadas. **Boletim Epidemiológico**: Uma análise da Situação de Saúde, Vitória, ed. 3, 2019. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Documentos/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%202%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A2o.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Governo implanta Programa Estado Presente para reduzir criminalidade no Espírito Santo. Governo do Estado do Espírito Santo, Vitória, 18 fev. 2019. Disponível em: <<https://www.es.gov.br/Noticia/governo-implanta-programa-estado-presente-para-reduzir-criminalidade-no-espírito-santo>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

HAGLUND, A. et al. Interpersonal violence and the prediction of short-term risk of repeat suicide attempt. **Scientific reports**, v. 6, n. 1, p. 1-8, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudos e Pesquisas**: informação demográfica e socioeconômica número 30. Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade 2010: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Instituto Jones dos Santos Neves. **Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo**. Vitória, 2016.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1805-1815, 2013.

LEITE, F.M.C. et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 33, 2017.

LEITE, F.M.C. et al. Violence against women and its association with the intimate partner's profile: a study with primary care users. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190056, 2019.

LEVANDOWSKI, M.L. et al. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021.

LIM, K.H.A.; MCDERMOTT, K.; READ, D.J. Interpersonal violence and violent re-injury in the Northern Territory. **Australian journal of rural health**, v. 28, n. 1, p. 67-73, 2020.

LIMA, M.L.C. Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1654-1655, Dez. 2009.

LÖVESTAD, S. et al. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2017.

MALTA, D.C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45-55, mar. 2007.

MARINHO NETO, K.R.E.; GIRIANELLI, V.R. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 488-499, Dez. 2020.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009.

MERCY, J.A. et al. Interpersonal violence: global impact and paths to prevention. In: MOCK, C.N., et al. (eds.) **Injury Prevention and Environmental Health**. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017.

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

MINAYO, M.C.S. et al. Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018.

OLIVEIRA, M.T. et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166-178, mar. 2012.

OVERSTREET, C. et al. Predictors and mental health outcomes of potentially traumatic event exposure. **Psychiatry research**, v. 247, p. 296-304, 2017.

POLIDORO, M.; CUNDA, B.V.; DE OLIVEIRA, D.C. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, 2020.

PORTO, R.T.S.; BISPO JUNIOR, J.P.; LIMA, E.C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis**: Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, Set. 2014.

REICHENHEIM, M.E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.

ROSENBERG M.L., et al. Interpersonal violence. In: JAMISON D.T. et al. **Disease control priorities in developing countries**. 2ª ed. Washington: Oxford University Press; p.755-770, 2006.

SACCO, M.A. et al. The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: The dark side of home isolation during quarantine. **Medico-Legal Journal**, v. 88, n. 2, p. 71-73, 2020.

SANTANA, Mayara de Souza et al. Vulnerabilidade feminina a violência física no período da pandemia de Covid-19. **Rev. enferm. UERJ**, vol. 30, 2022, p. e65076-e65076. DOI: 10.12957/reuerj.2022.65076

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007.

SHEIKH, S. Characteristics of interpersonal violence in adult victims at the Adult Emergency Trauma Centre (AETC) of Queen Elizabeth Central Hospital. **Malawi medical journal**, v. 32, n. 1, p. 24-30, 2020.

SILVA, C.J.P. et al. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 127-136, Jan. 2014.

SILVA, L.M.P. da. et al. Análise da completitude das notificações de violência perpetradas contra crianças. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 91-100, 2018.

SOUSA, M.H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 94-107, 2015.

SOUSA, C.M.S. et al. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, pp. 477-487, 2020.

STOKES, C.M. et al. Pre-marital predictors of marital violence in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 55, n. 3, p. 393-405, 2020.

TANIMU, T.S.; YOHANNA, S.; OMEIZA, S.Y. The pattern and correlates of intimate partner violence among women in Kano, Nigeria. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 8, n. 1, 2016.

WARD, C.; DAWES, A. Youth violence: Sources and solutions in South Africa. UCT press, 2012.

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

WHO. World Health Organization. **Global status report on violence prevention** 2014 Geneva: World Health Organization; 2014.

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº			
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL							
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID 10) Y09			
	3	Data da notificação					
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 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			
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)			
	9	Data da ocorrência da violência					
Dados de Residência	10	Nome do paciente		11	Data de nascimento		
	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	13	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1- Ignorado		
	14	Gestante		<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado			
	15	Raça/Cor			<input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado		
Dados da Pessoa Atendida	16	Escolaridade			<input type="checkbox"/>		
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe		
	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)		
	21	Distrito					
Dados da Ocorrência	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida,...)		
	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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32	Pais (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares							
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34	Ocupação		
	35	Situação conjugal / Estado civil			<input type="checkbox"/>		
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero:		
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)		
	42	Distrito					
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)		
	45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)	47	Geo campo 3	
Dados da Ocorrência	48	Geo campo 4		49	Ponto de Referência		
	50	Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes?		
	54	A lesão foi autoprovocada?		55			

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

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA NOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Pesquisador: Franciéle Marabotti Costa Leite

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88138618.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.819.597

Apresentação do Projeto:

JUSTIFICATIVA: A violência constitui um grave problema social e de saúde, de elevada magnitude mundial e nacional. Esse fenômeno encontra-se presente e dissolvido na sociedade, sendo multifacetado, se revela de diferentes formas, que se interagem, fortalecem e se imprimem nas relações interpessoais.

OBJETIVO PRINCIPAL: Analisar os casos notificados de violência, nos diferentes ciclos de vida, no Espírito Santo no período de 2011 a 2018.

LOCAL DO ESTUDO: Casos de violência notificados entre 2011 e 2018 no estado do Espírito Santo, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

INTERVENÇÃO/PROCEDIMENTOS: Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo analítico, a ser realizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que contém dados de notificação de casos de violência.

BENEFÍCIOS: Os achados dessa pesquisa subsidiarão gestores, profissionais de saúde, e, de outros setores como educação, assistência social e segurança no processo de tomada de decisão para a elaboração de estratégias de enfrentamento à violência em cada ciclo de vida.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITÓRIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.819.597

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os casos notificados de violência, nos diferentes ciclos de vida, no Espírito Santo no período de 2011 a 2018. Caracterizar epidemiologicamente os casos notificados de violência, nos diferentes ciclos de vida, no Espírito Santo no período de 2011 a 2018; verificar a distribuição da ocorrência da violência segundo as características das vítimas e agressores;

examinar a associação entre a ocorrência da violência e as características dos envolvidos; Investigar a distribuição espacial dos casos notificados de violência nas microrregiões do Estado do Espírito Santo, nos municípios e subdistritos da Região Metropolitana do Espírito Santo; Avaliar a completude das fichas de notificação de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora, os riscos e benefícios do projeto são:

-RISCOS: Considerando o uso de banco de dados, considera-se a pesquisa de risco mínimo, uma vez que não haverá contato direto com o paciente, bem como, todos os dados obtidos e a identificação do sujeito será mantido em sigilo em todo o transcorrer da pesquisa.

-BENEFÍCIOS: Espera-se com os resultados desta pesquisa identificar quem são as pessoas em situação de violência, quem são os principais agressores e quais fatores estão associados à maior ocorrência do evento. Além disso, espera-se conhecer as áreas de alta e baixa incidência de violência, como também o risco de cada microrregião e município, assim como em cada subdistrito pertencente à Região Metropolitana da Grande Vitória, e compará-lo ao Estado do Espírito Santo. Acredita-se que os achados dessa pesquisa subsidiarão gestores, profissionais de saúde, e, de outros setores como educação, assistência social e segurança no processo de tomada de decisão para a elaboração de estratégias de enfrentamento à violência em cada ciclo de vida.

De acordo com a Res. CNS nº466/12, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados."

Desta forma, os riscos e benefícios, conforme descritos pelo pesquisador, atendem as exigências da Resolução CNS nº 466/12.

Endereço: Av. Marechal Campos 1400

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.819.597

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa potencialmente relevante, com benefícios previstos prevalecendo sobre os riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto constam os seguintes documentos:

- Folha de rosto: apresentada e adequada
- Projeto detalhado: apresentado e adequado
- TCLE e Termo de Assentimento: dispensados
- Termo de Sigilo e Confidencialidade: apresentado e adequado
- Termo de anuência da instituição onde a pesquisa será realizada: apresentado e adequado
- Cronograma: apresentado e adequado
- Orçamento: apresentado e adequado

Os termos de apresentação obrigatória estão parcialmente em conformidade com a Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Antes de submeter ou resubmeter seu projeto de pesquisa para o CEP verifique as recomendações abaixo:

Alguns projetos encaminhados ao CEP têm apresentado problemas que tem dificultado a apreciação dos mesmos, atrasando a emissão do parecer e sobrecarregando o colegiado com o grande número de projetos com pendências. Desta forma, o CEP, vem por meio desse encaminhar algumas recomendações, baseadas na RESOLUÇÃO CNS Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 a serem observadas para agilizar a avaliação dos projetos.

1. De acordo com a referida resolução, XI.2 "Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa", ou seja, **NENHUMA ETAPA DA PESQUISA QUE ENVOLVA QUALQUER CONTATO COM OS PARTICIPANTES OU SEUS DADOS PODE SER INICIADA ANTES DA APROVAÇÃO DO CEP.**
2. A res. CNS 466/12 dispõe: "V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS; Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados", portanto o pesquisador deverá prever quais situações poderão atingir física ou mentalmente um sujeito. Questionários, por exemplo, podem

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO**



Continuação do Parecer: 2.819.597

demandar tempo, causar constrangimento, fazer a pessoa a reviver experiências que podem causar sofrimento psíquico, causar ansiedade, expor informações de um grupo ou comunidade específica, etc. Assim o pesquisador deverá, em todo tipo de projeto, relatar os possíveis riscos mesmo que mínimos, e também as providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir os riscos citados.

3. O cronograma deve prever o tempo para os trâmites no CEP. Deve-se considerar a possibilidade do projeto não ser aprovado na primeira avaliação e possuir pendências, além do calendário de reuniões. Dessa forma, o projeto depois de adaptado terá que ser novamente avaliado. Isso pode acarretar em atrasos. Assim, nunca deixe para submeter o projeto, contanto com a aprovação na primeira avaliação.

4. Cumprir com rigor as exigências da Res. CNS 466/12, IV, que trata do Consentimento Livre e Esclarecido. Foi disponibilizado um modelo de TCLE pelo CEP – CCS/UFES a fim de auxiliar na elaboração do referido documento.

5. Verificar se o projeto está sendo vinculando ao CCS, pois caso contrário o projeto pode ser encaminhado para outro CEP/UFES.

6. A Folha de Rosto que deverá ser digitalizada e anexada ao protocolo será gerada pela plataforma. Não usar o modelo disponível no site do CONEP.

7. Caso tenha alguma dificuldade em utilizar a Plataforma Brasil (como inclusão de anexo, etc), sugerimos mudar de navegador.

8. Informar e comprovar a existência de Biorrepositório ou Biobanco. A não comprovação inviabiliza a aprovação do projeto.

9. Caso o acesso aos participantes ocorra em local diferente da instituição proponente, uma carta de anuência assinada pelo responsável por este local precisa ser apresentada — por exemplo, hospital, unidade de saúde, escola, asilo, creche, etc.

10. Caso no projeto conste o uso de dados secundários, como prontuários médicos ou outros bancos de dados do tipo, uma carta de anuência assinada pelo responsável pelos dados precisa ser apresentada. Neste caso, ainda é obrigatório a apresentação de um termo de sigilo, privacidade e confidencialidade assinado pelo pesquisador responsável pelo projeto proposto.

11. O orçamento detalhado precisa ser apresentado, independentemente se o projeto caracteriza-se como “financiamento próprio” ou não.

ALGUNS DOCUMENTOS IMPORTANTES

- Resolução CNS nº 466/12 — diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES **Município:** VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.819.597

seres humanos: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- Resolução CNS nº 441/11 — armazenamento e utilização de material biológico humano com finalidade de pesquisa (Biorrepositório ou Biobanco): <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso441.pdf>

- Modelo para elaboração do TCLE preparado pelo CEP/CCS/UFES: http://ccs.ufes.br/sites/ccs.ufes.br/files/Roteiro%20para%20elaborac%CC%A7a%CC%83o%20do%20TCLE_0.pdf

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram adequadas e o projeto está de acordo com as exigências do sistema CEP/CONEP e Resolução do CNS 466 de 2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1112046.pdf	03/07/2018 16:41:31		Aceito
Outros	autorizacaoSESA.pdf	03/07/2018 16:41:11	Franciéle Marabotti Costa Leite	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	03/07/2018 16:39:33	Franciéle Marabotti Costa Leite	Aceito
Outros	Carta_ao_parecerista.pdf	03/07/2018 16:36:19	Franciéle Marabotti Costa Leite	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	20/04/2018 21:55:23	Franciéle Marabotti Costa Leite	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa_ausencia_termo_consentimento.pdf	20/04/2018 21:30:52	Franciéle Marabotti Costa Leite	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_sesa.doc	20/04/2018 21:22:00	Franciéle Marabotti Costa Leite	Aceito
Orçamento	orcamento_sesa.docx	20/04/2018 21:21:47	Franciéle Marabotti Costa Leite	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_sesa.docx	20/04/2018 21:20:17	Franciéle Marabotti Costa Leite	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
 Bairro: S/N CEP: 29.040-091
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.819.597

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 14 de Agosto de 2018

Assinado por:
KARLA DE MELO BATISTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

ANEXO C - Comprovante de submissão e aprovação do Capítulo de livro 1

**DECLARAÇÃO DE ACEITE**

A Atena Editora, especializada na publicação de livros, revistas internacionais e coletâneas de artigos científicos em todas as áreas do conhecimento, com sede na cidade de Ponta Grossa-PR, declara que após avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta editora, o artigo intitulado "Violência psicológica na população adulta: uma análise dos casos no Espírito Santo, Brasil" de autoria de "Karina Fardin Fiorotti, Franciéle Marabotti Costa Leite", foi aprovado e encontra-se no prelo para publicação no livro eletrônico "Saúde: Impasses e desafios enfrentados no Brasil 3" a ser divulgado no mês de fevereiro de 2023

Agradeço a escolha pela Atena Editora como meio de transmitir ao público científico e acadêmico o trabalho e parabenizo os autores pelo aceite de publicação.

Reitero protestos de mais elevada estima e consideração.

Ponta Grossa, 09 de janeiro de 2023

Prof.ª Antonella Carvalho de Oliveira
Doutora em ensino de ciência e tecnologia
Editora Chefe
ATENA EDITORA
PREFIXO EDITORIAL ISBN 97865
PREFIXO EDITORIAL DOI 10.22533

Rua Antônio Rodrigues Teixeira Júnior, 122
Ponta Grossa – PR
CEP: 84.015-490
contato@atenaeditora.com.br
www.atenaeditora.com.br

ANEXO D – Capítulo de livro publicado em Gênero e sexualidade: Lugares, história e condições 3 (pp.53-67).

CAPÍTULO 6

VIOÊNCIA FÍSICA CONTRA A POPULAÇÃO ADULTA: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Data de aceite: 04/07/2022

Karina Fardin Fiorotti

Enfermeira do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Doutoranda em Saúde Coletiva. Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA)

Márcia Regina de Oliveira Pedroso

Docente da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Doutora em Saúde Coletiva. Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA)

Franciéle Marabotti Costa Leite

Docente da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutora em Epidemiologia. Líder do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA)

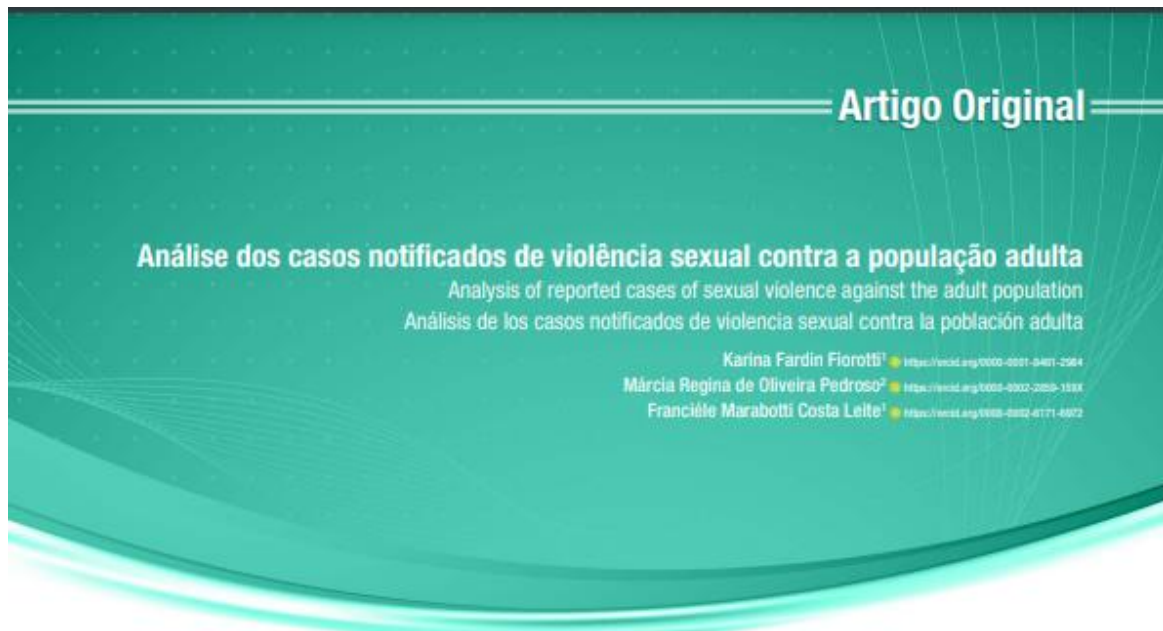
RESUMO: Objetivos: identificar a frequência de casos de violência física na população adulta notificados no Espírito Santo e sua associação com as características da vítima, do agressor e do evento. **Métodos:** estudo epidemiológico, analítico, transversal, feito com todos os casos de violência física notificados no Espírito Santo contra indivíduos em idade adulta, de 20 a 59 anos de idade, entre os anos de 2011 e 2018. O banco de dados refere-se às notificações de violência no Sistema de Informação de Agravos e Notificação. A variável dependente foi a violência física e as independentes as características da vítima, do agressor e do evento. O estudo foi aprovado pelo comitê de

ética. A análise foi realizada pelo programa Stata 16.0 e os resultados da regressão de Poisson apresentados por meio da razão de prevalência ajustada. **Resultados:** a violência física contra a pessoa adulta foi responsável por 63,3% dos casos notificados, sendo maior a prevalência entre vítimas do sexo masculino, adultos jovens, declarados pretos ou pardos, com até 4 anos de estudo, sem deficiências ou transtornos, que possuíam companheiro e residiam em zona rural. Quanto aos agressores, foi mais frequentemente praticada por pessoas de 25 anos e mais, do sexo feminino, com vínculo afetivo de parceiro íntimo (ex ou atual) e com a suspeita de uso de álcool. Ainda, o desfecho esteve associado a 2 ou mais agressores, a ocorrência em via pública e caráter único. **Conclusões:** a violência física na população adulta apresentou uma frequência significativa no Espírito Santo no período de 2011 a 2018, e esteve associada às características da vítima, do agressor e da ocorrência. Os resultados apontam para a necessidade de capacitar as equipes assistenciais para o manejo e a identificação dos casos, bem como fortalecer os sistemas de informação em saúde para subsidiar o desenvolvimento de ações de enfrentamento desse agravo.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Violência contra a mulher. Sistemas de informação.

ABSTRACT: Objectives: to identify the frequency of cases of physical violence in the adult population reported in Espírito Santo and its association with the characteristics of the victim, the aggressor and the event. **Methods:** an epidemiological, analytical, cross-sectional study

ANEXO E – Artigo publicado na Revista Acta Paulista de Enfermagem



Análise dos casos notificados de violência sexual contra a população adulta

Analysis of reported cases of sexual violence against the adult population
Análisis de los casos notificados de violencia sexual contra la población adulta

Karina Fardin Fiorotti¹ <https://orcid.org/0000-0001-9401-2564>
Márcia Regina de Oliveira Pedrosa² <https://orcid.org/0000-0002-2080-1838>
Franciele Marabotti Costa Leite¹ <https://orcid.org/0000-0002-4171-4872>

Como citar:
Fiorotti KF, Pedrosa MR, Leite FM. Análise dos casos notificados de violência sexual contra a população adulta. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE01846.

DOI
<http://dx.doi.org/10.37694/acta-ape/2022401846>



Descritores

Violência; Delitos sexuais; Sistemas de informação em saúde; Adulto

Keywords

Violence; Sex offenses; Health information systems; Adult

Descriptores

Violencia; Delitos sexuales; Sistemas de información en salud; Adulto

Submetido

13 de Julho de 2021

Aceito

10 de Dezembro de 2021

Autor correspondente

Franciele Marabotti Costa Leite
E-mail: francielemarabotti@gmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):
Rosely Etchaz Góesme
(<https://orcid.org/0000-0002-7591-9831>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de violência sexual na população adulta do estado do Espírito Santo e analisar sua associação com as características da vítima, do agressor e da ocorrência.

Métodos: Estudo epidemiológico, analítico, transversal, realizado com notificações de violência sexual em adultos de 20 e 59 anos, entre 2011 e 2018, no SINAN. Os dados obtidos pela Secretaria de Saúde após aprovação do projeto em Comitê de Ética, em agosto de 2019. A variável dependente foi a violência sexual e as independentes as características da vítima, do agressor e da ocorrência. A análise ocorreu pelo Stata 14.1 e os resultados da regressão de Poisson apresentados pela razão de prevalência.

Resultados: A violência sexual foi responsável por 6,2% das notificações de violência interpessoal, e cerca de seis vezes mais prevalente entre mulheres. A vitimização na faixa etária de 20 a 29 anos foi 1,51 vezes maior do que entre 40 e 49 anos e nos que não possuíam companheiro foi 1,86 vezes maior. Esteve associada ainda a residência em zona urbana (RP: 1,60), a agressor com 25 anos ou mais (RP: 1,50), desconhecido (RP: 9,37), a perpetrador único (RP: 1,62) e a ocorrência em via pública (RP: 1,38).

Conclusão: A violência está presente entre os adultos, e alguns são mais vulneráveis como as mulheres, os adultos jovens e sem companheiro, as vítimas de zona urbana, a ocorrência em via pública e por único agressor, desconhecidos e mais velhos. Os achados podem subsidiar ações estratégicas de enfrentamento à violência.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of sexual violence in the adult population of the state of Espírito Santo and analyze its association with characteristics of the victim, the aggressor and the occurrence.

Methods: Epidemiological, analytical, cross-sectional study developed with notifications of sexual violence in adults aged 20-59 years between 2011 and 2018 from the Information System for Diseases and Notification. Data were obtained by the Health Department after project approval by the Ethics Committee in August 2019. The dependent variable was sexual violence and the independent variables were the characteristics of the victim, the aggressor and the occurrence. The analysis was performed using Stata 14.1 and the Poisson regression results were presented by prevalence ratio.

Results: Sexual violence accounted for 6.2% of reports of interpersonal violence and was about six times more prevalent among women. Victimization in the age group of 20-29 years was 1.51 times higher compared to the group of 40-49 years and 1.86 times higher in those who did not have a partner. It was also associated with residence in an urban area (PR: 1.60), aggressor aged 25 years or older (PR: 1.50), unknown (PR: 9.37), a single perpetrator (PR: 1.62) and occurrence in public places (PR: 1.38).

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

²Universidade Federal do Oeste do Bahia, Barreiras, BA, Brasil.

Conflito de interesse: não a declarar.

ANEXO F – Comprovante de submissão do Artigo 2

10/01/2023 18:51

Gmail - Texto & Contexto Enfermagem - ID do manuscrito TCE-2023-0006



Karina Fardin Fiorotti <karinafiorotti@gmail.com>

Texto & Contexto Enfermagem - ID do manuscrito TCE-2023-0006

1 mensagem

Texto & Contexto Enfermagem <onbehalf@manuscriptcentral.com> 10 de janeiro de 2023 às 18:33
Responder a: tceufsc@gmail.com
Para: karinafiorotti@gmail.com
Cc: karinafiorotti@gmail.com, francielemarabotti@gmail.com, nicole.letourneau@ucalgary.ca

10-Jan-2023

Prezado Sra. Karina Fiorotti:

Seu manuscrito intitulado "FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DE REPETIÇÃO NA POPULAÇÃO ADULTA EM UM ESTADO BRASILEIRO" foi submetido online na revista Texto & Contexto Enfermagem.

ID de seu manuscrito TCE-2023-0006.

Por favor, mencione a identificação do manuscrito acima em todas as futuras correspondências ou ao entrar em contato com a revista. Se houver qualquer alteração em seu endereço ou endereço de e-mail, acesse o site da ScholarOne e altere suas informações de usuário.

Você também pode visualizar o status de seu manuscrito a qualquer momento, entrando no site <https://mc04.manuscriptcentral.com/tce-scielo>.

Obrigado pela submissão do manuscrito na Texto & Contexto Enfermagem.

Atenciosamente,
Texto & Contexto Enfermagem
Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
Trindade - Florianópolis
Santa Catarina - Brasil - CEP 88040-970
Fones: 55(48)3721-4915 ou 3721-9043
textoecontexto@ccs.ufsc.br
<http://www.textoecontexto.ufsc.br>
<http://www.scielo.br/tce>