



Prefeitura Municipal de Porto Alegre

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**Plano Municipal de Prevenção e Atenção às
Vítimas de Violências da Secretaria
Municipal de Saúde
2023 a 2025**

Porto Alegre/RS

2023

AUTORIDADES MUNICIPAIS

SEBASTIÃO MELO

Prefeito Municipal

RICARDO GOMES

Vice-Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FERNANDO RITTER

Secretário Municipal de Saúde

FLÁVIA GOULART

Chefe de Gabinete

VINÍCIUS OLIVEIRA DA SILVA

Assessoria-Administrativa

VIVIANE GOULART

Assessoria Parlamentar

KELMA NUNES SOARES

Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação

DÉBORA IARA MORESCO

Assessoria Técnica

CAROLINE ZENI

Assessoria de Comunicação

TATIANE MARTINS DOS SANTOS

Diretoria de Contratos

VÂNIA MARIA FRANTZ

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

DENISE TESSOLER SOLTOF

Diretoria de Regulação

FERNANDA FERNANDES

Diretoria de Vigilância em Saúde

ADRIANA NUNES PALTIAN

Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

PAULO ROBERTO GUIMARÃES

Diretoria Administrativa

FAVIO MARCEL TELIS GONZALES **Diretoria
de Atenção Hospitalar e Urgências**

CINCINATO FERNANDES NETO

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

TATIANA RAZZOLINI BREYER

Hospital de Pronto Socorro

GRAZIELA ROSSONI VIECELI

Auditoria Técnica em Saúde

ROIBISON PORTELA MONTEIRO

Ouvidoria do SUS

TIANA BRUM DE JESUS

Conselho Municipal de Saúde

ELABORADORES

Agatha Amaral da Rocha

Ana Caroline Parahyba

Andrielle Christine Rosa Farias

Camila Vargas Sanguine

Christiane Nunes de Freitas

Clésia Micaele Ziemann

Elaine de Oliveira Soares

Fabiana Oliveira Nobre

Fernanda Kerbes

Francilene Nunes Rainone
Gabriel da Silva Mazzini
Gisele Martins Gomes
Guilherme Raffo Wachholz
Jéssica Monteiro Schott
João Marcelo Lopes Fonseca
Jorge Luiz Silveira Osório
Josimar Vargas Valcarenghi
Jucieli Polyana Querino da Silva
Juliana Maciel Pinto
Larissa Martini Junqueira
Letícia Vasconcellos Tonding
Loren Neves Seibel
Lucas Corrêa Paim Cabrera
Lucas Oltramari
Mara Lago
Márcio da Silveira Rodrigues
Milene Polchowitz Russo
Moara Laís Palmeira
Johann Paula Xavier Picon
Rosa Maria Rimolo
Vilarino Rita Buttes Silva
Rodrigo Ciconet
Dornelles Saionara
Rocha
Samantha Calgarotto dos
Santos Sonia Silvestrin
Stéphanie Steiner Salvato
Veridiana Farias
Machado

Sumário

1. Apresentação	2.
1	
Introdução.....	2
3. Objetivos 5	
3.1 Objetivo Geral	5
3.2 Objetivos Específicos.....	5
4. Cenário Epidemiológico.....	
6 4.1 Violências autoprovocadas	
11 4.2 Homicídios.....	
22 4.3 Violência sexual.....	
28 4.4 Negligência	
32 4.5 Violência física.....	
34 4.6 Violência psicológica/moral	
	37 5.
Notificações.....	40
5.1 Subnotificações.....	41
6. Sistemas de Informação	
42 6.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan.....	
43 6.2 Sentinela.....	
44 6.3 Sistema de Informações de Mortalidade - SIM.....	
44 6.4 Sistema de Informação Hospitalar - SIHO.....	
44 6.5 Sistema e-SUS.....	
45 6.6 Sistema de Informação Hospitalar - SIAH	
	45
6.7 Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico - VigilTel	
46	
6.8 Sistema de Gerenciamento de Marcação de Consultas- Gercon.....	
46	
6.9 Sistema de Gerenciamento de Internações - Gerint.....	47
6.10	
Interoperabilidade.....	47
7. Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades	48

Fluxogramas.....	185
13.2.1 Fluxograma de acesso ao CRAI.....	185
13.2.2.Fluxograma de atendimento a vítimas de violência sexual	186
13.3 Rede de proteção da criança e do adolescente - REDE.....	188
13.3.1 Reunião de Microrrede	188
13.3.2 Distritos e territórios.....	188

Siglário

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APS	Atenção Primária à Saúde
AESC	Associação Educadora São Carlos
BVAPS	Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde
CACs	Caçadores, Atiradores e Colecionadores
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAVM	Casa de Apoio Viva Maria
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
CNDC	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CASM	Coordenação de Atenção de Saúde Mental
CPPA	Cadeia Pública de Porto Alegre
CPPS	Coordenação de Políticas Públicas em Saúde
CRAM	Centro de Referência no Atendimento à Mulher
CRAI	Centro de Referência de Atendimento Infantojuvenil

DataSUS.....Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DEAM.....Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher
DSEI.....Distrito Sanitário Especial Indígena
DSS.....Distrito Sanitário de Saúde
DSS.....Determinante Social de Saúde
DIAMGE.....Divisão de Atenção às Mulheres e Grupos Específicos
DOPA.....Diário Oficial de Porto Alegre
DVS.....Diretoria de Vigilância em Saúde
ECA.....Estatuto da Criança e do Adolescente
EESCA.....Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente
EMAESM.....Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental
EPV.....Escritório de Prevenção às Violências
EVEV.....Equipe de Vigilância de Eventos Vitais
ESMA.....Equipe de Saúde Mental Adulto
EMSI.....Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ESF.....Equipe de Saúde da Família
EVDANT.....Equipe de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis
FASC.....Fundação de Assistência Social e Cidadania
FBSP.....Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GERAPOA.....Oficina de Geração de Renda de Porto Alegre
Gercon.....Sistema Gerenciador de Consultas
Gerint.....Sistema Gerenciador de Internações
Gerpac.....Sistema Gerenciador de Procedimentos de Alto Custo
GHC.....Grupo Hospitalar Conceição
HIV.....Vírus da Imunodeficiência Humana
HCPA.....Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HMIPV.....Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
HNSC.....Hospital Nossa Senhora Conceição
HPSP.....Hospital Psiquiátrico São Pedro
HPS.....Hospital de

Pronto-Socorro **IBGE**.....Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística **IMESF**.....Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família **IPEA**.....Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada **IST**.....Infecção Sexualmente Transmissível **LGBTQIA+**...Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Panssexuais/Polissexuais, Não-binários e mais **MPT**.....Ministério Público do Trabalho **MS**.....Ministério da Saúde **NEq**.....Núcleo de Equidades **NR**.....Norma Regulamentadora **OBMigra**.....Observatório das Migrações Internacionais **OIM**.....Organização Internacional para as Migrações **OMS**.....Organização Mundial da Saúde **ONU**.....Organização das Nações Unidas **OIT**.....Organização Internacional do Trabalho **PACS**.....Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul **PA**.....Pronto Atendimentos **PAS**.....Programa Anual de Saúde **PcD**.....Pessoa com Deficiência **PEC**.....Prontuário Eletrônico do Cidadão **PESM**.....Plantão de Emergência em Saúde Mental **PETI-POA**..Protocolo de Gestão Intersetorial do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil **Procempa**.....Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre **PNS**.....Pesquisa Nacional de Saúde **PMPA**.....Prefeitura Municipal de Porto Alegre **PMPAVV**.....Plano Municipal de Prevenção e Atenção às Vítimas de Violências da Secretaria Municipal de Saúde **PNASPI**.....Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNSIPN.....Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNPSR..... Política Nacional para a População em Situação de Rua

PNSI-LGBTQIA+.....Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PVT.....Programa Vida no Trânsito
RAPS.....Rede de Atenção Psicossocial de Saúde
RAGRelatório Anual de Gestão
RAS.....Rede de Atenção à Saúde
REDE..... Rede de Proteção da Criança e do Adolescente

RS.....Rio Grande do Sul

SAMU.....Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SASISUS.....Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI.....Secretaria Especial de Saúde Indígena
SEDUC-RS.....Secretaria da Educação do Rio Grande do Sul
SES-RS.....Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SIAH.....Sistema de Informação Hospitalar
SIHO.....Sistema de Informação Hospitalar
SIM.....Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan.....O Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SisMigra.....Sistema de Registro Nacional Migratório

SUAS.....Sistema Único de Assistência Social

SME.....Secretaria Municipal de Educação
SMDS.....Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SMS.....Secretaria Municipal de Saúde

SSP/RS.....Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul

STF.....Supremo Tribunal Federal
SaSISUS.....Subsistema de Atenção à Saúde

Indígena SUS	Sistema Único de Saúde SUSEPE
Penitenciários	
US	Unidade de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência
VS	Vigilância Sanitária

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Proporção (%) de violência, por tipo de serviço de atenção à saúde, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	10
Gráfico 2 Número de notificações de violência autoprovocadas e heteroprovocadas de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	12
Gráfico 3 Proporção (%) de tentativa de suicídio, por sexo e todas as faixas etárias de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	13
Gráfico 4 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de tentativa de suicídio por 100 mil habitantes estratificada por sexo, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	14
Gráfico 5 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de autoagressão por 100 mil habitantes estratificada por sexo, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	14
Gráfico 6 Proporção (%) de notificações de violências autoprovocadas por escolaridade de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	16
Gráfico 7 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de autoagressão por 100 mil habitantes por raça/cor, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	17
Gráfico 8 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de tentativa de suicídio por raça/cor, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	17
Gráfico 9 Número de consultas por lesão autoprovocada intencionalmente e notificações de tentativa de suicídio ou autoagressão na Atenção Primária à Saúde por distrito de saúde, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	18
Gráfico 10 Número de usuários atendidos por lesão autoprovocada intencionalmente e usuários com notificações de tentativa de suicídio ou autoagressão na Atenção Primária à Saúde, por distrito de saúde, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	19
Gráfico 11 Coeficiente de mortalidade por suicídio, por sexo, por 100.000 habitantes, de 2017 a 2022 em Porto Alegre.....	20
Gráfico 12 Óbitos por suicídio com notificação de violência por tipo, no período de 2018 a 2022, em	

Porto Alegre.....	21
Gráfico 13 Óbitos por violência com notificação de violência no Sinan no período de 2018 a 2022, em Porto Alegre.....	22
Gráfico 14 Comparativo das taxas de mortalidade por homicídio por 100 mil habitantes, entre as capitais brasileiras e o estado do Rio Grande do Sul.	24
Gráfico 15 Série histórica do número absoluto da taxa de homicídio, de 2017 a 2022, em Porto Alegre. 24	
Gráfico 16 Série histórica em proporção (%) da taxa de mortalidade por homicídio por 100 mil habitantes, por sexo de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	25
Gráfico 17 Série histórica em proporção (%) da taxa de mortalidade por homicídio por 100 mil habitantes, por raça/cor de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	26
Gráfico 18 Número de óbitos por homicídio por distrito de saúde e residência de 2017 a 2022, em Porto Alegre. 28	
Gráfico 19 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência sexual, por sexo, por 100 mil habitantes, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	29
Gráfico 20 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência sexual por 100 mil habitantes, por raça/cor, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	31
Gráfico 21 Número de notificações de violência sexual por distrito de saúde e residência da vítima de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	32
Gráfico 22 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações das vítimas de violência por negligência, por sexo, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	33
Gráfico 23 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de negligência por 100 mil habitantes, por raça/cor, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	34
Gráfico 24 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência física por sexo, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	35
Gráfico 25 Número da relação das vítimas de violência física com o provável agressor de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	36
Gráfico 26 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência física por raça/cor, por 100 mil habitantes, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	37
Gráfico 27 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência psicológica por sexo, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	39
Gráfico 28 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência psicológica por sexo, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	40
Gráfico 29 Número de atendimentos pelo SAMU, por tipo comprovado de agressão por sexo, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	64
Gráfico 30 Número de mulheres e filhos abrigados na Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022 ...	68
Gráfico 31 Número de orientações e abrigamentos às mulheres, na Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022	68
Gráfico 32 Número de mulheres abrigadas na Casa de Apoio Viva Maria, por raça/cor, de 1992 a 2022 69	
Gráfico 33 Número de encaminhamentos por local encaminhador à Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022	69

Gráfico 34 Faixa etária das mulheres abrigadas na Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022	70
Gráfico 35 Estado civil das mulheres abrigadas na Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022.....	70
Gráfico 36 Nível de escolaridade das mulheres abrigadas na Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022	71
Gráfico 37 Tipo de violência sofrida pelas mulheres abrigadas na Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022	71
Gráfico 38 Perfil das condições de trabalho das mulheres abrigadas na Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022.....	72
Gráfico 39 Região de moradia das mulheres abrigadas na Casa de Apoio Viva Maria, de 1992 a 2022	72
Gráfico 40 Proporção (%) de casos de violência contra os idosos estratificados por tipo, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	77
Gráfico 41 Proporção (%) de violência por tentativa de suicídio em idosos de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	77
Gráfico 42 Proporção (%) de violência por tentativa de suicídio em idosos por sexo de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	78
Gráfico 43 Proporção de violência por tentativa de suicídio em idosos por coordenadoria, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	78
Gráfico 44 Taxa de violência autoprovocada em idosos por raça/cor, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	79
Gráfico 45 Proporção (%) de violência física contra os idosos, por faixa etária, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	79
Gráfico 46 Proporção (%) de violência física em idosos por coordenadoria, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	80
Gráfico 47 Proporção (%) de casos de violência física em idosos por sexo, de 2017 a 2022 em Porto Alegre.	80
Gráfico 48 Proporção (%) da taxa de violência física contra os idosos, por raça/cor, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	81
Gráfico 49 Proporção de violência física contra os idosos, por faixa etária, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	81
Gráfico 50 Proporção de violência física contra os idosos, por sexo de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	82
Gráfico 51 Proporção (%) de violência por negligência em idosos, por Coordenadoria de Saúde, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	82
Gráfico 52 Taxa de violência por negligência, por raça/cor, por 100 mil habitantes, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	83
Gráfico 53 Série histórica do número de notificações de violência por orientação sexual de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	88
Gráfico 54 Série histórica do número de notificações de violência por identidade de gênero, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	91
Gráfico 55 Proporção (%) da população em situação de rua por faixa etária nos anos de 2007,2011,2016, em Porto Alegre.	99
Gráfico 56 Pirâmide sexo-etária dos indígenas residentes nas aldeias e territórios atendidos pelo Distrito	

de Saúde Especial Indígena Interior Sul.....	102
Gráfico 57 Série histórica de casos de violência contra indígenas notificados por sexo e por ano de notificação, no Brasil.	105
Gráfico 58 Número de casos de violência contra indígenas por sexo, faixa etária notificados de 2006 a 2017, no Brasil.....	106
Gráfico 59 Proporção (%) da distribuição de zona de residência dos indígenas em situação de violência por sexo, de 2006 a 2017, no Brasil.....	107
Gráfico 60 Número de casos de violência contra indígenas por sexo, por local de ocorrência de 2006 a 2017, no Brasil.....	108
Gráfico 61 Número de casos violências notificadas contra indígenas por sexo e tipo de violência de 2006 a 2017, no Brasil.	109
Gráfico 62 Comparativo da relação da vítima com o provável autor das agressões notificadas por sexo de 2006 a 2017, no Brasil.	110
Gráfico 63 Número do meio de agressão utilizado nos casos de violência contra indígenas notificados, por sexo de 2006 a 2017, no Brasil.....	111
Gráfico 64 Série histórica do número total de mulheres imigrantes registradas por ano, no Brasil....	113
Gráfico 65 Série histórica do número total de crianças e adolescentes imigrantes registrados por ano no Brasil.	114
Gráfico 66 Proporção (%) e número de notificações de violência em pessoas com deficiência, por tipo de deficiência de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	119
Gráfico 67 Proporção (%) e número de registro de notificações de violência em pessoas com deficiência por tipo de violência de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	119
Gráfico 68 Proporção (%) e número de registro de notificações de violência em pessoas com deficiência por distrito de saúde, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.....	120
Gráfico 69 Série histórica da efetividade das consultas de saúde mental por mês de 2019 a 2023, em Porto Alegre.....	132
Gráfico 70 Série histórica de oferta de agendas no Gercon, por mês de 2019 a 2023, em Porto Alegre.	133
Gráfico 71 Série histórica de solicitações de consulta de saúde mental, no Gercon, por mês de 2019 a 2023, em Porto Alegre.	134
Gráfico 72 Série histórica da fila de espera de consultas em saúde mental, no Gercon por mês de 2019 a 2023, em Porto Alegre.	135
Gráfico 73 Proporção da situação de fila de espera, por período de tempo em dezembro de 2022, em Porto Alegre.....	135
Gráfico 74 Número total de notificações de violência por hospital de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	137
Gráfico 75 Número e proporção de notificações por tipo de violência no Hospital de Pronto Socorro de 2017 a 2022, em Porto Alegre.	138
Gráfico 76 Número de veículos por tipo, no ano de 2023, em Porto Alegre.	141
Gráfico 77 Número de vítimas fatais no trânsito de 2010 a 2021, em Porto Alegre.	141
Gráfico 78 Número de vítimas de acidentes com envolvimento de motocicleta, de 2012 a 2021, em Porto Alegre.....	142
Gráfico 79 Série histórica do número de vítimas fatais por condição de 2012 a 2021, em Porto Alegre.	143

1. Apresentação

O Plano Municipal de Prevenção e Atenção às Vítimas de Violências da Secretaria Municipal de Saúde (PMPAVV/SMS), apresenta desafios importantes no sentido de qualificar ações já realizadas bem como implementar os eixos, objetivos e metas propostos, em consonância com a legislação vigente e os princípios do SUS.

O PMPAVV/SMS parte da premissa que a prevenção das violências só é possível a partir da compreensão do conceito de violência estrutural que, conforme MINAYO (2006), se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem a fome, a miséria e as desigualdades sociais.

Nesse sentido, o PMPAVV/SMS tem como objetivo diminuir a prevalência das violências e seus impactos no município de Porto Alegre, promover saúde e assistência adequada à população, organizar as ações de prevenção e de monitoramento de competência institucional da Secretaria Municipal de Saúde. Para isto, visa fortalecer a articulação dos órgãos e serviços nas diferentes esferas da administração pública (municipal, estadual e federal), visando a integralidade através da promoção, proteção e recuperação da saúde física e mental da população com a observância de indicadores estratégicos do cenário epidemiológico municipal.

Propõe-se que o PMPAVV/SMS seja uma ferramenta útil a gestores, trabalhadores, pesquisadores, controle social e público em geral, auxiliando na tomada de decisões e fortalecendo o Sistema Único de Saúde. Está disponível no *site* da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/> e na Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde (BVAPS) <https://sites.google.com/view/bvsapscoa/?pli=1>.

2. Introdução

Desde a década de 1980, os profissionais da saúde pública têm buscado compreender as raízes da violência e como enfrentá-la (DAHLBERG, KRUG, 2002). Porém, a introdução da temática na área da saúde tem ocorrido de forma bastante lenta e sob a lógica biomédica, no atendimento pontual e específico de lesões, traumas e mortes (FORGE, 2003). Essas categorias são tradicionalmente contempladas na Classificação Internacional das Doenças (CID) com a denominação "causas externas". Para evitar uma abordagem reducionista, baseada em um conceito hermético de violência, este plano busca trabalhar as questões relativas às violências sob a ótica do modelo biopsicossocial, que compreende as dimensões biológica, psicológica e de ambiente social do indivíduo, bem como a violência estrutural. Para Minayo (2006):

“O setor saúde, além da tradição de prevenção, têm a ótica do cuidado como ethos, no que se diferencia das práxis da segurança pública, que visa a reprimir crimes e contravenções. Essa tradição do cuidado e da prevenção pode fazer toda a diferença.” (MINAYO, 2006, p. 1266).

A violência é um tema de relevância mundial, com impactos nas áreas social e de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência pode ser definida como o uso intencional de força física ou poder, podendo dar-se por meio de ameaça ou de forma concreta, contra si ou contra um grupo ou comunidade, tendo alta probabilidade de resultar em lesão, dano psicológico, morte, prejuízo no desenvolvimento ou privação (WHO, 1996). A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento:

1. **Violência Autoprovocada/Auto Infligida:** Compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios.
2. **Violência Interpessoal:**
 - a. **Violência Doméstica/Intrafamiliar:** Ocorre entre parceiros íntimos e membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno

2

desenvolvimento de outra pessoa da família. Pode ser cometida dentro

ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenha relação de poder. Esse tipo de violência não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também, às relações entre as pessoas e como se efetua. Inclui também outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, tais como empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente e agregados.

b. **Violência Extrafamiliar/Comunitária:** Definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre pessoas conhecidas ou desconhecidas. É praticada por meio de agressão, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens. É o tipo de violência que mais frequentemente constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça (polícias, Ministério Público e poder Judiciário).

3. **Violência Coletiva:** Inclui os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações.

Assim como as violências, as lesões decorrentes de acidentes (referentes ao trânsito, a envenenamento, a afogamento, a quedas, queimaduras e outros) também são classificadas como causas externas de morbidade e mortalidade, portanto também possuem impacto na saúde e requerem medidas de prevenção. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), com objetivo de coletar dados e gerar informações sobre esses agravos para subsidiar políticas em Saúde Pública direcionadas a esses agravos, buscando prevenção e monitoramento (BRASIL, 2013).

Vivenciar diferentes formas de violência, mesmo as que estão invisibilizadas e naturalizadas, tem um impacto profundo na saúde, nas oportunidades e no bem-estar ao longo da vida. Indivíduos expostos à violência correm maior risco de desenvolver problemas de saúde física e mental e podem apresentar maior dificuldade de enfrentar desafios educacionais ou profissionais (MINAYO, 2006). Considera-se que o enfrentamento das violências com foco em ações da saúde precisa ser construído de forma planejada e articulada por meio da interação com diferentes setores do poder público e da sociedade e com equipes qualificadas para realizar a identificação e o manejo adequado destes casos.

Os aspectos epidemiológicos contidos neste documento estão dispostos por tipologia de violência e seu desfecho a partir da informação recebida, que no município é realizada por meio de notificação de violência e declaração de óbito à vigilância de saúde. Contudo, para organizar a abordagem e direcionar objetivos e metas, a estratificação dos casos de violência nas análises seguiu outra lógica - mais alinhada à forma como as políticas públicas em saúde da SMS estão organizadas.

Dessa forma, o PMPAVV/SMS foi construído a partir de uma análise situacional dividida entre ciclos de vida¹(infância, adolescência, adulto e idoso) e populações vulnerabilizadas (LGBTQIA+, negra, situação de rua, indígena, imigrantes, refugiados, apátridas e com deficiência), orientando os eixos prioritários no processo de planejamento das ações com enfoque nos tipos de violência mais prevalentes nesses grupos sociais. Esse formato teve como objetivo visibilizar as particularidades inerentes às diferentes fases de vida e reafirmar o compromisso ético com o princípio da equidade nas ações de promoção do cuidado em saúde para grupos historicamente marginalizados e socialmente excluídos.

No capítulo 10 deste documento, estão definidas as metas e ações que devem ser implantadas ou fortalecidas no cotidiano dos serviços de saúde e bem como os responsáveis por suas execuções. Espera-se, dessa forma, que o PMPAVV/SMS

¹É importante salientar que podem ocorrer variações na periodização das faixas etárias, uma vez que há diferentes fontes de dados ao longo deste documento. Sendo assim, as idades correspondentes constarão em conjunto com o respectivo ciclo de vida.

possa constituir-se como um instrumento de compromisso do setor da saúde com a prevenção e atenção dos casos de violência ocorridos no município, de forma alinhada às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios de cidadania e dos Direitos Humanos.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Potencializar processos de promoção, prevenção, vigilância e cuidado em saúde voltado às vítimas de violência.

3.2 Objetivos Específicos

- Propor políticas públicas de prevenção/cuidado contra as violências, considerando os recortes por populações vulnerabilizadas e ciclos de vida;
- Criar e pactuar fluxos de cuidado à saúde para pessoas vítimas de violências;
- Intensificar ações de prevenção, monitoramento e acompanhamento para pessoas vítimas de violências;
- Desenvolver ações de educação permanente para a prevenção e cuidado contra as violências;
- Minimizar impactos, sequelas e incapacidades gerados pelos eventos agressivos.

4. Cenário Epidemiológico

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do MS, em 2020 foram notificados cerca de 191 mil casos de violência interpessoal, incluindo agressões físicas, psicológicas e sexuais, e cerca de 13 mil casos de violência autoprovocada, incluindo tentativas de suicídio e autoagressão, conforme dados preliminares em fevereiro de 2023.

A maioria dos casos de violência interpessoal no país ocorre em pessoas do sexo feminino (cerca de 70% dos casos notificados), com faixa etária de 20 a 39 anos, e em sua maioria são praticados por pessoas conhecidas da vítima, como parentes, companheiros, familiares e/ou amigos. Da mesma forma, a violência autoprovocada, em sua maioria, afeta pessoas do sexo feminino (cerca de 75% dos casos notificados), com faixa etária de 15 a 29 anos, e está relacionada a problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, transtornos de personalidade e uso abusivo de substâncias psicoativas.

Em Porto Alegre, de acordo com dados do Sinan, no período entre 2017 a 2022 houve 33.385 notificações de violência interpessoal e autoprovocada. Identifica-se, no período, uma prevalência maior no número de notificações em todos os tipos de violência no ano de 2019 por consequência de ações de Educação Permanente, realizadas pela Equipe de Vigilância e Agravos Não Transmissíveis (EVDANT) junto à rede de saúde, e com professores nas escolas do município. Também foi no ano de 2019, no mês de outubro, que profissionais do IMESF, notificaram violência psicológica e *bullying* por seus contratos com a administração municipal terem sido descontinuados, aumentando em aproximadamente 500%, de 30 notificações para 152 notificações de violência psicológica, conforme o Relatório Anual de Gestão de 2019 da SMS.

Em 2020, possivelmente devido aos impactos da pandemia de Covid-19, o registro de notificações de violência diminuiu. A Tabela 1 (Anexos) expõe um panorama dos tipos de violência notificados no município no período, 36,3% dos registros deste ano foram de tentativas de suicídio e 21,7% de abuso sexual, já a violência psicológica

foi de 2,4%. Neste ano os óbitos por homicídio e suicídio contabilizaram 412 pessoas perdendo a vida por estes agravos.

Do total de casos de violência notificados no município pelo Sinan, entre as violências que mais acometem as crianças (0 a 9 anos), a negligência, a violência sexual e a violência física são as mais prevalentes. A violência psicológica, a tentativa de suicídio, a autoagressão e o tráfico humano, em hipótese alguma possuem menor relevância, porém, suas notificações ocorrem em menor número. Tanto a violência física quanto a negligência têm se mantido estáveis ao longo do tempo e ocorrem em proporções similares entre os sexos. Já em relação à violência sexual, os dados apontam que a cada 4 crianças abusadas, 3 são meninas e 1 é menino.

A maior parte dessas violências foi cometida na residência da vítima. Com relação ao perfil de agressor, no que concerne à violência física e sexual, a predominância é de agressores do sexo masculino e, quando se trata de negligência, é do sexo feminino. O vínculo mais comumente verificado dos agressores sexuais com as vítimas são: conhecido, pai, padrasto, tio, avô ou primo da vítima. Quanto à violência física, é cometida pela mãe ou pelo pai em igual proporção. Já em relação à negligência, que inclui a evasão do serviço de saúde de atendimento da criança, por exemplo, na maioria das vezes é perpetrada pela mãe.

Acerca dos adolescentes (10 a 19 anos), as violências que mais ocorrem são: tentativa de suicídio, violência sexual, negligência, violência física e autoagressão. Em relação à violência sexual, a cada 10 adolescentes vítimas de abuso, 9 são meninas. A cada 6 adolescentes que cometem autoagressão, 5 são do sexo feminino. A cada 4 adolescentes que tentam o suicídio, 3 são do sexo feminino. E, nos últimos anos, a violência sexual foi a que mais aumentou, considerando que as demais se mantiveram estáveis.

Em relação à população adulta (20 aos 59 anos), tentativa de suicídio, violência física e violência sexual são as que mais são notificadas. E, ao observar os dados, evidencia-se uma discrepância de ocorrência entre os sexos, uma vez que as mulheres são muito mais vitimadas quando comparadas aos homens.

Em relação à população idosa (60 anos ou mais), as três principais violências são: tentativa de suicídio, negligência e violência física. Os três tipos de violência ocorrem, aproximadamente, em dobro nas mulheres idosas quando comparadas aos homens idosos.

Os dados expostos chamam a atenção para a informação de que a tentativa de suicídio é a violência mais notificada entre adolescentes, adultos e idosos. Em crianças, a negligência foi a mais notificada; em segundo lugar, para crianças e adolescentes, é a violência sexual; e em terceiro lugar, para crianças e idosos, é a violência física. Enfatiza-se que não são registrados no Sinan casos de violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como nos casos de brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol, entre outras.

Por serem consideradas causas externas de morbidade e mortalidade, assim como as violências, as lesões referentes ao trânsito ocupam, dentre outras causas de lesão por acidente, um agravo prioritário para o enfrentamento às mortalidades no Brasil. Não por acaso, acidentes de trânsito são a principal causa de morte por causas externas no mundo (22,8%) e o nono fator contribuinte para a carga global de morbidade (WHO, 2011). Em recentes relatórios divulgados pela ONU, o Brasil classificou-se como o terceiro país com mais mortes no trânsito no mundo (WHO, 2022).

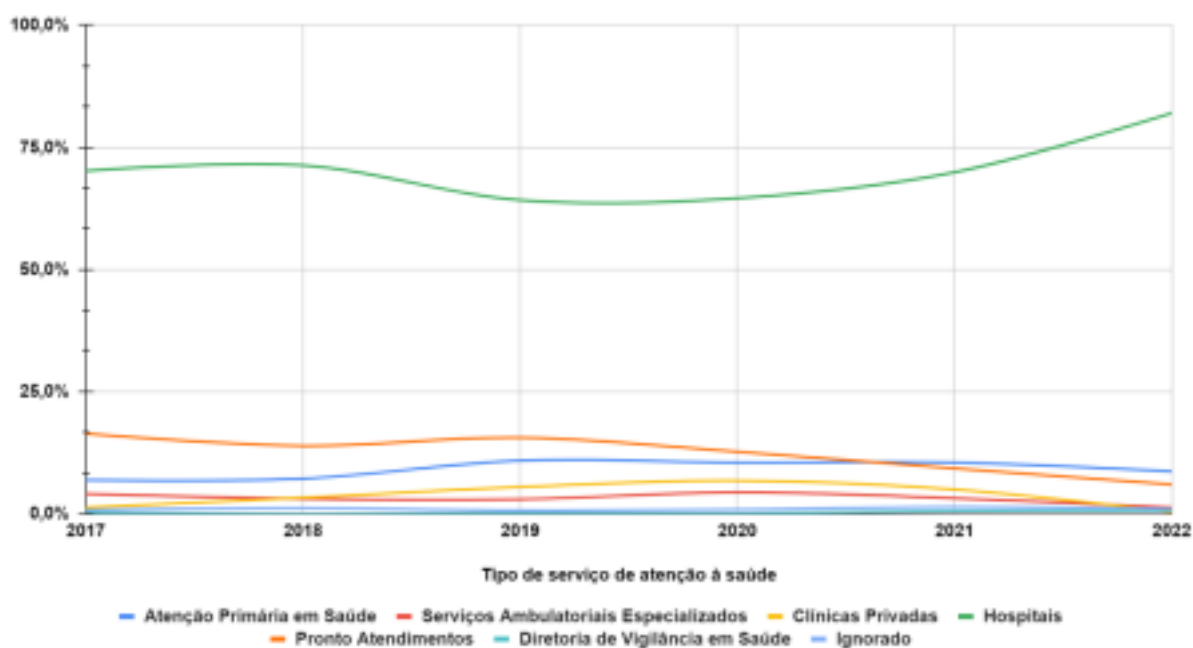
Conforme levantamentos de dados do DataSUS, em 2021, o Brasil apresentou um aumento de 3,35% no total de óbitos registrados no trânsito, totalizando 33.813 mortes, sendo o perfil das vítimas predominantemente masculino, pardo, motociclista e na faixa etária dos 20 aos 29 anos (BIERNATH, 2022). A região Sul apresentou o maior aumento percentual de mortes no trânsito (7,21%), sendo o Rio Grande do Sul o estado com o maior aumento da região (9,85%) (Observatório Nacional De Segurança Viária, 2023).

A violência urbana, ocorre nas interações entre violência e cidade. De acordo com Endo (2005), as violências cometidas em meio urbano, em hipótese alguma podem ser desatreladas da violência que a cidade, por meio de seus dispositivos públicos – ou a ausência deles - pratica contra os cidadãos. Conforme Pedrazzini (2006), é preciso

salientar que a violência acompanha o próprio processo de urbanização, que é caracterizado pela segregação sócio-espacial e a exclusão social. Embora seja uma questão importante para saúde pública, a violência urbana não é um agravo de notificação compulsória, produzindo outra forma de subnotificação a partir da invisibilidade que atinge diretamente as populações mais vulnerabilizadas, alvo também da violência do estado nas suas diversas variantes. Buscando trazer elementos para a discussão, optou-se por utilizar parcialmente os dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre, através de algumas variáveis que indicam situações de violência urbana, na tentativa de mapear as situações mais frequentes e que, portanto, geram mais impacto neste estrato populacional. A maior parte dos registros das notificações de violências em Porto Alegre é realizada pelos hospitais, representando, em média, 70% destas. Este fato pode gerar impacto no entendimento sobre o cenário das violências no município, por não refletir a totalidade dos casos, uma vez que muitas vítimas não acessam atendimento em nível hospitalar após sofrer violência. O alto percentual das notificações hospitalares também aponta para um ciclo de violência não interrompido anteriormente, não identificado e/ou não notificado nos níveis de baixa e média complexidade dos serviços de saúde, exacerbando-se em casos de violências graves, que necessitam atendimento na alta complexidade.

Conforme o gráfico abaixo, a Atenção Primária à Saúde (APS) do município é responsável por uma média de 8% dos registros de notificações, o que indica a necessidade de estimular estratégias, como ações de educação permanente, para aumentar o percentual de registros de notificações neste nível de atenção.

Gráfico 1 Proporção (%) de violência, por tipo de serviço de atenção à saúde, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 20/02//2023.

Sendo a APS a ordenadora do cuidado, alerta-se para a baixa identificação de casos de violências e notificações, que podem estar indicando tanto barreiras no acesso da população vítima de violência aos serviços quanto dificuldade das equipes em reconhecer e/ou notificar.

No caso das violências de repetição, que são àquelas que ocorrem mais de uma vez com a vítimas, as notificações são fundamentais para um diagnóstico que aponte a necessidade de ações preventivas e protetivas à vítima sejam desenvolvidas e ampliadas, promovendo a rápida identificação, evitando que a vítima só seja “vista” quando já está em condição física e/ou psíquica que exige assistência de média ou

alta complexidade. Assim, indica-se a necessidade de intensificar o monitoramento de situações de violências de repetição através de estratégias conjuntas intra e intersetoriais a serem definidas e monitoradas a partir da constituição de um comitê ou observatório de análise destas situações.

Para que haja uma visão mais abrangente do cenário epidemiológico do município, é importante que todos os serviços de saúde, em especial da APS, da

10

Assistência Social, as escolas, os Conselhos Tutelar e outras instituições notificadoras estejam alertas, identificando e registrando todas as situações de violências, suspeitas ou confirmadas, em seu cotidiano profissional. Todos estes setores podem registrar suas notificações de violência. A partir disso, será possível conhecer a magnitude, a distribuição e os fatores de riscos da violência nos diferentes contextos sociais.

Vale ressaltar que um dos campos da ficha de notificação trata-se da motivação da violência que, na grande maioria das fichas, é o “ignorado”. Dentre o número total de fichas entre os anos de 2017 a 2022, temos o sexismo (10,8%), o conflito geracional (2,2%), a situação de rua (1%) e os campos LGBTfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia e deficiência com menos de 1%, portanto, ocorre geralmente quando as motivações são demarcadas. Os restantes são marcados como outros, não se aplica ou ignorado.

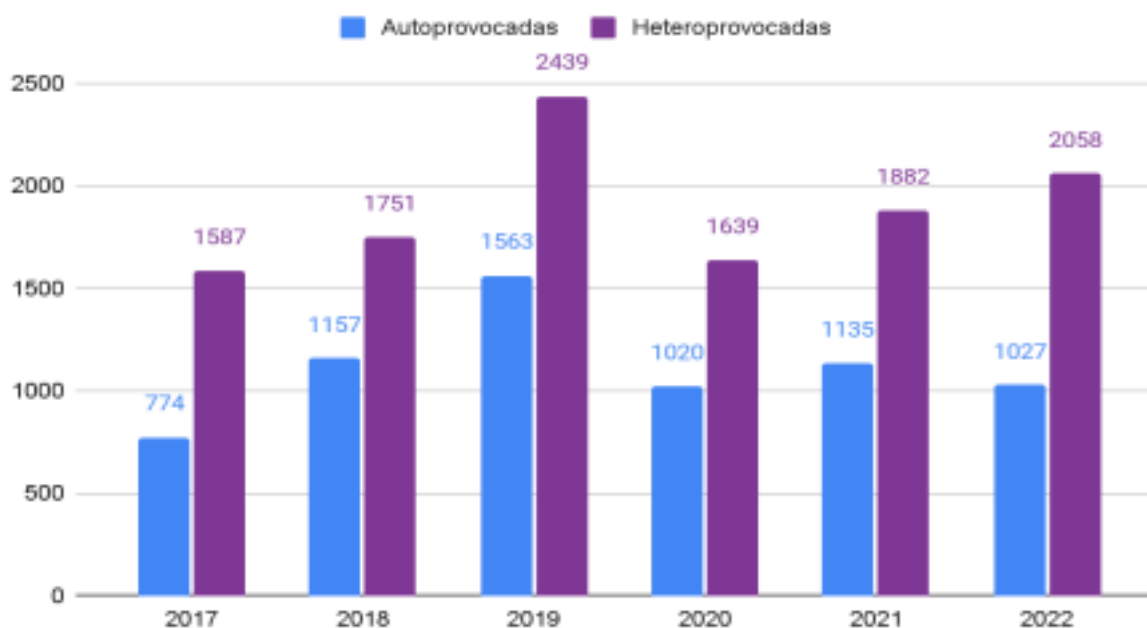
Portanto, apesar de não serem obrigatórios para a notificação, é urgente a qualificação desse campo de preenchimento para gerar subsídios de ações em saúde que dialoguem mais com a realidade das populações do município. A seguir, será apresentado o perfil epidemiológico relacionado a cada tipo de violência registrada pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Porto Alegre, que orientou os processos de análise para formulação dos objetivos, metas e ações.

4.1 Violências autoprovoçadas

As violências autoprovoçadas (tentativa de suicídio e autoagressão) configuram em média 39% de todos os registros de violências notificadas no município. Destes, 60% configuraram-se como violência de repetição. A disposição do número de registros de violências autoprovoçadas e heteroprovoçadas por ano entre 2017 e

2022 em Porto Alegre está expressa no gráfico abaixo.

Gráfico 2 Número de notificações de violência autoprovocadas e heteroprovocadas de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares de 01/02/2023.

Nesse período, foram emitidas 5.444 notificações de tentativa de suicídio em Porto Alegre. Dados detalhados sobre as notificações de tentativa de suicídio neste período estão contidos na Tabela 2 (Anexos). Destes registros 77,3% são do sexo feminino e da raça cor branca, 32,9% estão na faixa etária de 10 a 19 anos, e 24,6% tem escolaridade de ensino fundamental completo.

Em relação às notificações de autoagressão, foram realizados 520 registros no período. Dados detalhados sobre as notificações de autoagressão neste período estão contidos na Tabela 3 (Anexos) e seguem na linha das tentativas de suicídio, sendo 76% de mulheres brancas, na faixa etária de 10 a 19 anos, com ensino fundamental completo, dos homens, 57% possuem deficiência e 79,5% é de autoagressão de

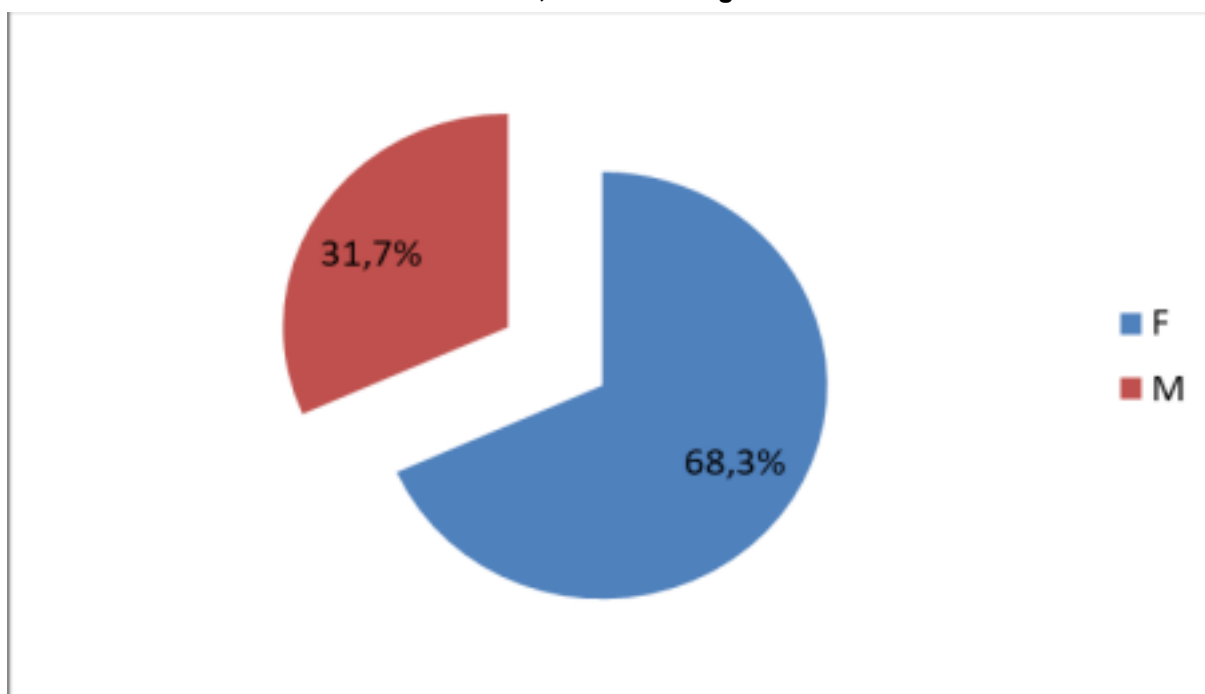
repetição.

Do total de notificações de tentativa de suicídio, 3.686 (67,7%) registraram sexo feminino e 1.758 (32,3%) registraram sexo masculino, enquanto 420 (80,8%) registraram como sexo feminino e 100 (19,2%) como sexo masculino nas notificações de autoagressão. Destaca-se ainda que, em todos os anos, o sexo feminino tem maior número de notificações, sendo 2019 o ano com maior diferença entre os sexos em

12
ambos os casos. O menor número de notificações no sexo masculino pode ser explicado por uma série de fatores, tais como: que os homens procuram menos os serviços de saúde em casos de tentativa de suicídio; que durante a consulta deem outras justificativas para as lesões; ou, ainda, que a equipe que realiza o atendimento não o questione a respeito da causa do ferimento (BAERE, ZANELLO, 2018).

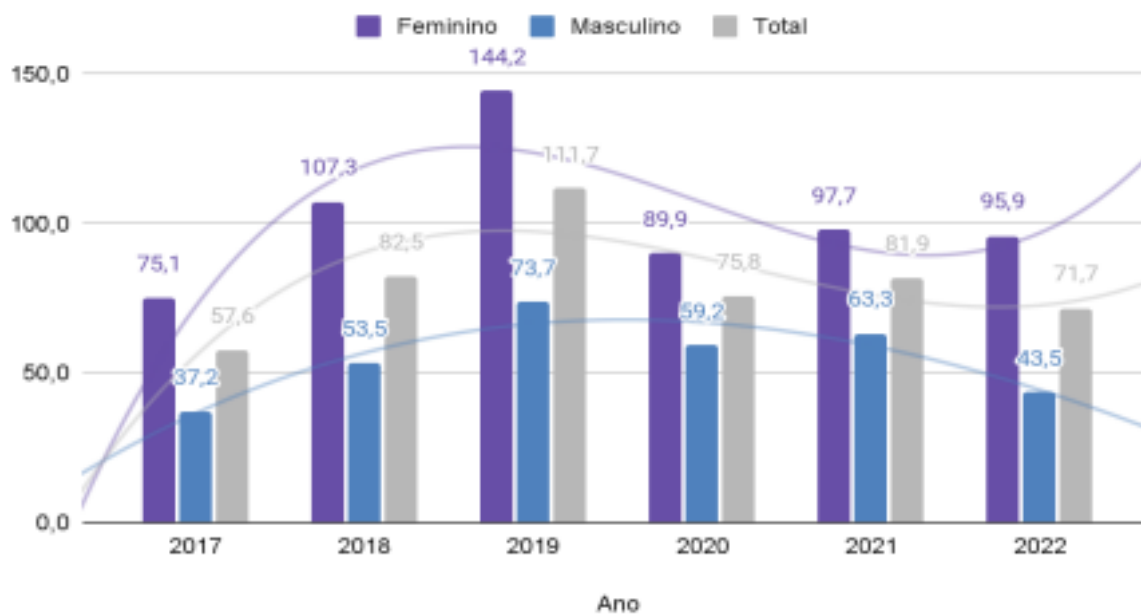
A seguir constam três gráficos, que expressam respectivamente os dados de tentativas de suicídio por sexo, a série histórica das taxas de notificações de tentativa de suicídio a cada 100 mil habitantes por sexo, e a série histórica de notificações de autoagressão cada 100 mil habitantes por sexo.

Gráfico 3 Proporção (%) de tentativa de suicídio, por sexo e todas as faixas etárias de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



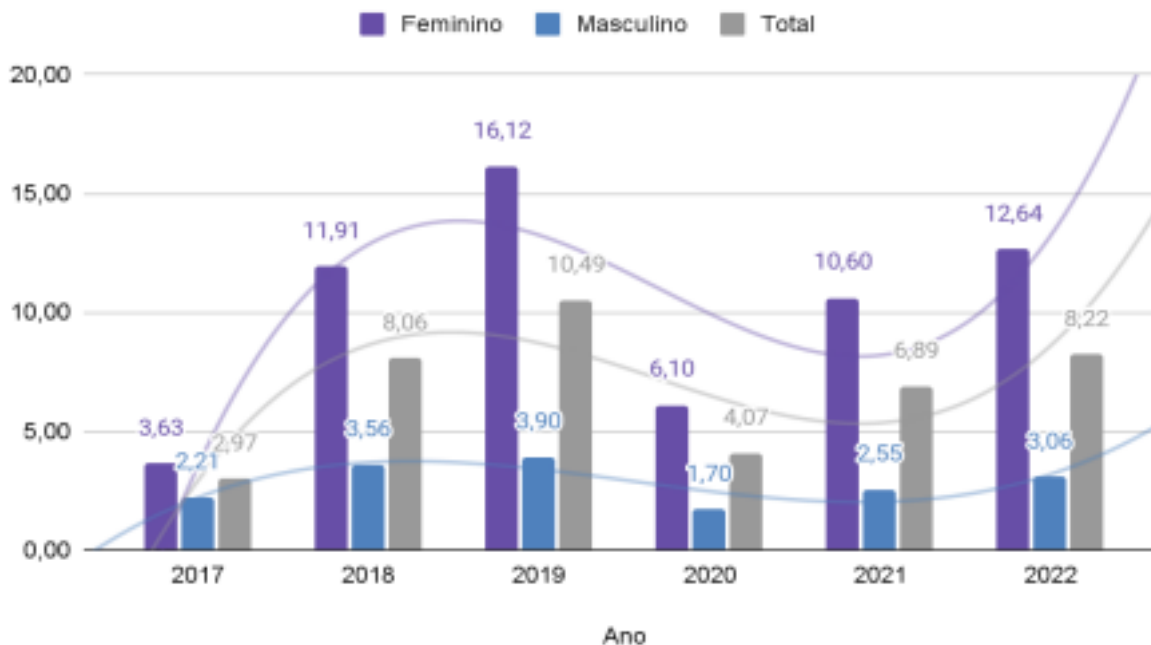
Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 30/03/2023.

Gráfico 4 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de tentativa de suicídio por 100 mil habitantes estratificada por sexo, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS e Censo Populacional IBGE 2010. Dados preliminares de 01/02/2023.

Gráfico 5 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de autoagressão por 100 mil habitantes estratificada por sexo, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023 e Censo Populacional IBGE 2010.

14

Nos dois gráficos anteriores também é possível observar que a tendência de notificações de tentativa de suicídio e de autoagressão apresenta curva ascendente até 2019 e, em seguida, declínio em 2020. A pandemia de Covid-19 restringiu o acesso da população aos serviços de saúde nos anos de 2020 e 2021, o que pode ter causado um decréscimo de registros de autoagressão e explicaria a diminuição da taxa nesses dois anos.

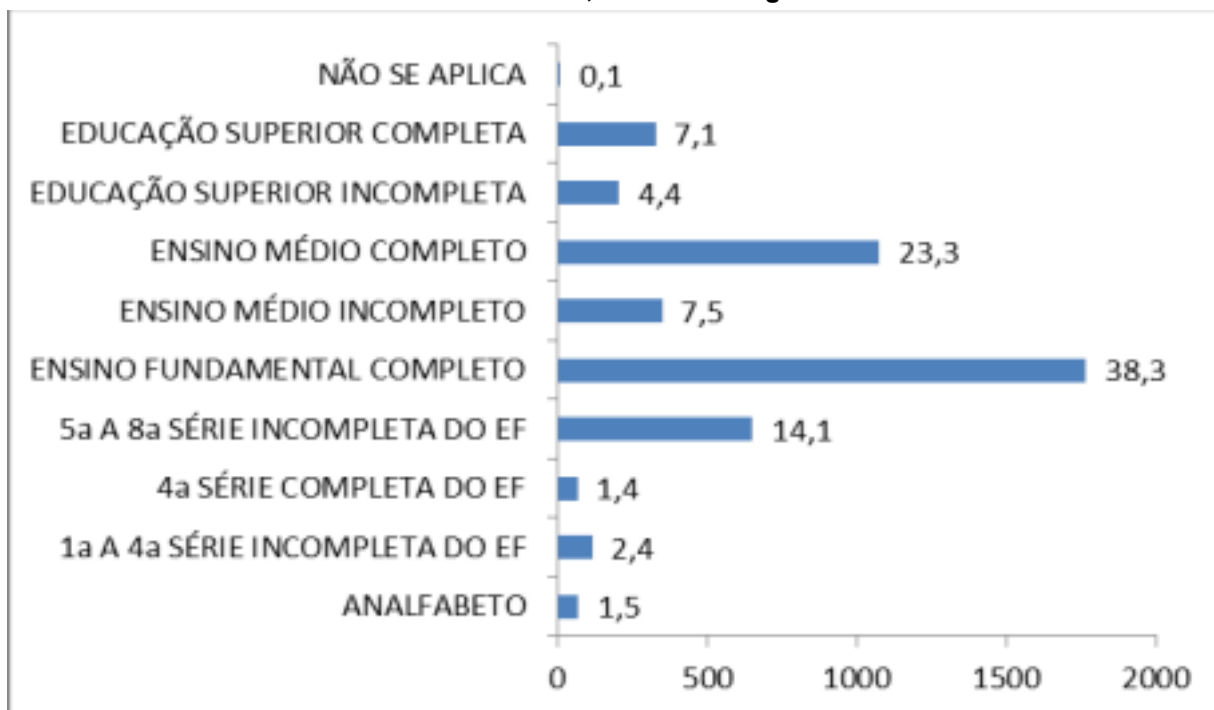
Com relação à idade, as faixas etárias com maiores índices de violência autoprovocada no sexo feminino foram dos 10 aos 19 anos (32,9%), seguida pela faixa dos 20 aos 29 anos (23,4%). No sexo masculino, a faixa etária predominante é dos 20 aos 29 anos (28,5%), seguida pela faixa dos 30 aos 39 anos (22,3%). Portanto, indica

se que as ações de promoção e prevenção em saúde mental precisam estar voltadas para o público adolescente e adulto.

Outra informação relevante para analisar o contexto das pessoas que sofreram violência autoprovocada no município é a escolaridade. No mesmo período, as maiores proporções de notificações de tentativa de suicídio foram observadas entre

as pessoas com escolaridade correspondente a ensino fundamental completo (24,2%), seguida por ensino médio completo (16,7%). Já em relação às notificações de autoagressão, os maiores percentuais concentraram-se respectivamente nas faixas do ensino fundamental completo (37,6%) e da 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental (17,1%). No gráfico abaixo têm-se a percentagem de notificações de violências autoprovocadas por escolaridade entre 2017 e 2022.

Gráfico 6 Proporção (%) de notificações de violências autoprovocadas por escolaridade de 2017 a 2022, em Porto Alegre.

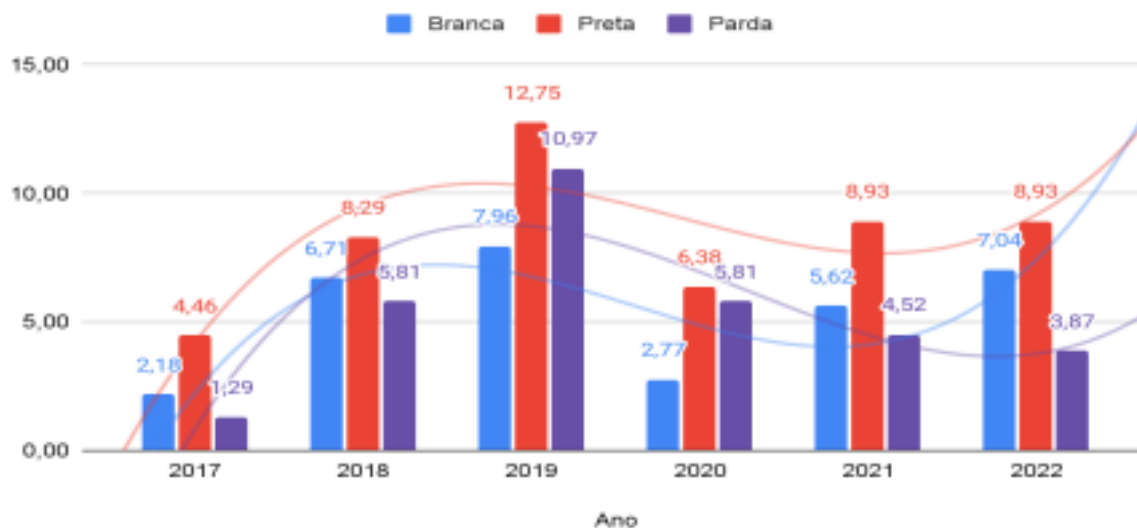


Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS/PMPAS dados preliminares de 30/03/2023.

Quanto à raça/cor, apesar dos números absolutos indicarem um predomínio de

vítimas brancas de autoagressão, proporcionalmente à população habitante, vemos que a raça/cor preta teve uma taxa de notificação maior em todos os anos entre 2017 e 2022, especialmente em 2019 (12,7 a cada 100 mil habitantes). No entanto, se a linha de tendência da média móvel e o número de autoagressões mantiverem essa progressão, é esperada uma inflexão nos próximos anos, com a taxa de brancos superando o de pretos. Destaca-se, ainda, o aumento de autoagressão entre pardos no ano de 2022, retomando valores pré-pandêmicos apresentados para essa população, como expressa o gráfico abaixo.

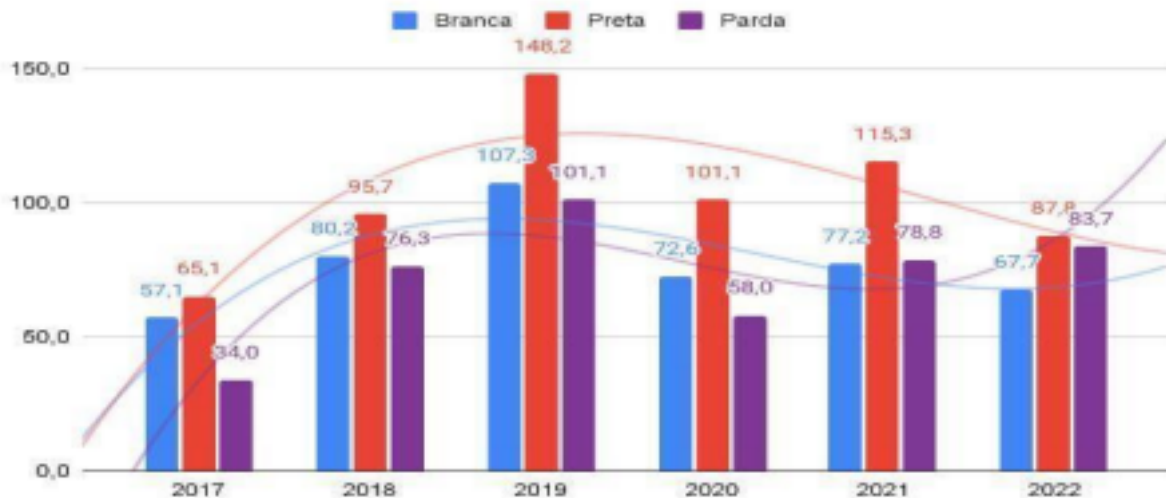
Gráfico 7 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de autoagressão por 100 mil habitantes por raça/cor, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023 e Censo Populacional IBGE 2010.

Além disso, a raça/cor preta apresentou maior taxa de tentativa de suicídio por 100 mil habitantes em comparação às demais (87,8), sendo a parda a segunda (83,7), como indica o gráfico abaixo. Esses dados indicam maior exposição a fatores condicionantes que levam às violências autoprovocadas pela raça preta e parda.

Gráfico 8 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de tentativa de suicídio por raça/cor, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.

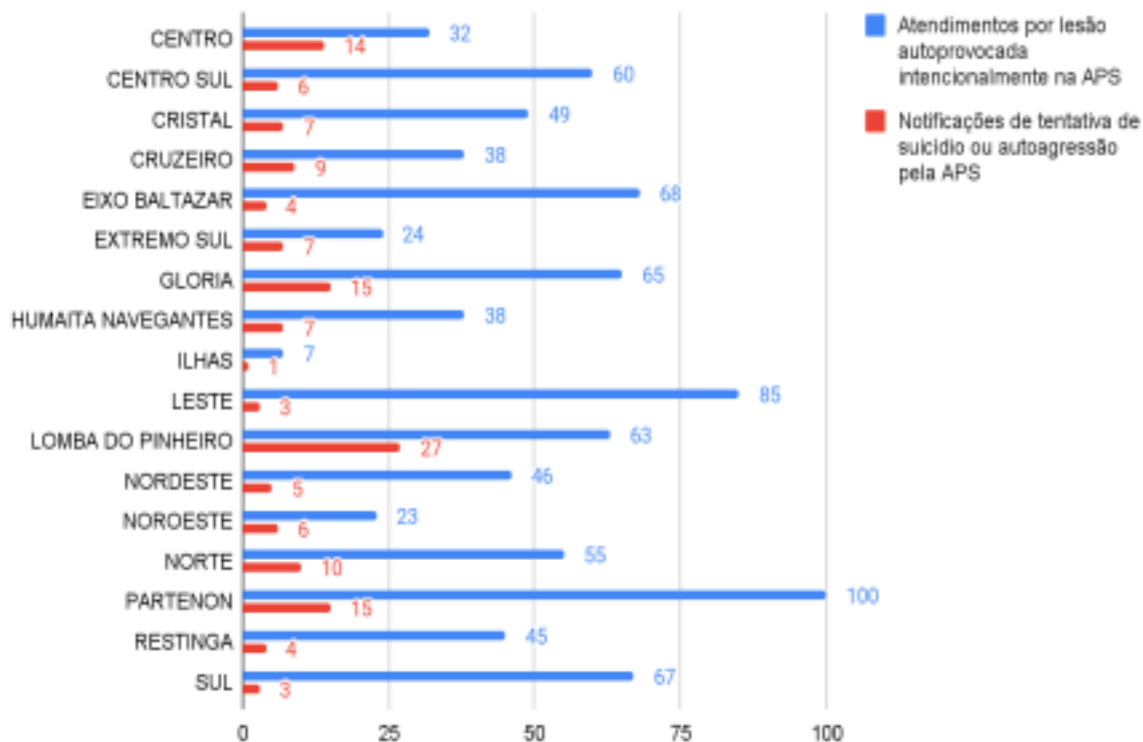


Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS e Censo Populacional IBGE 2010. Dados preliminares de 01/02/2023.

17

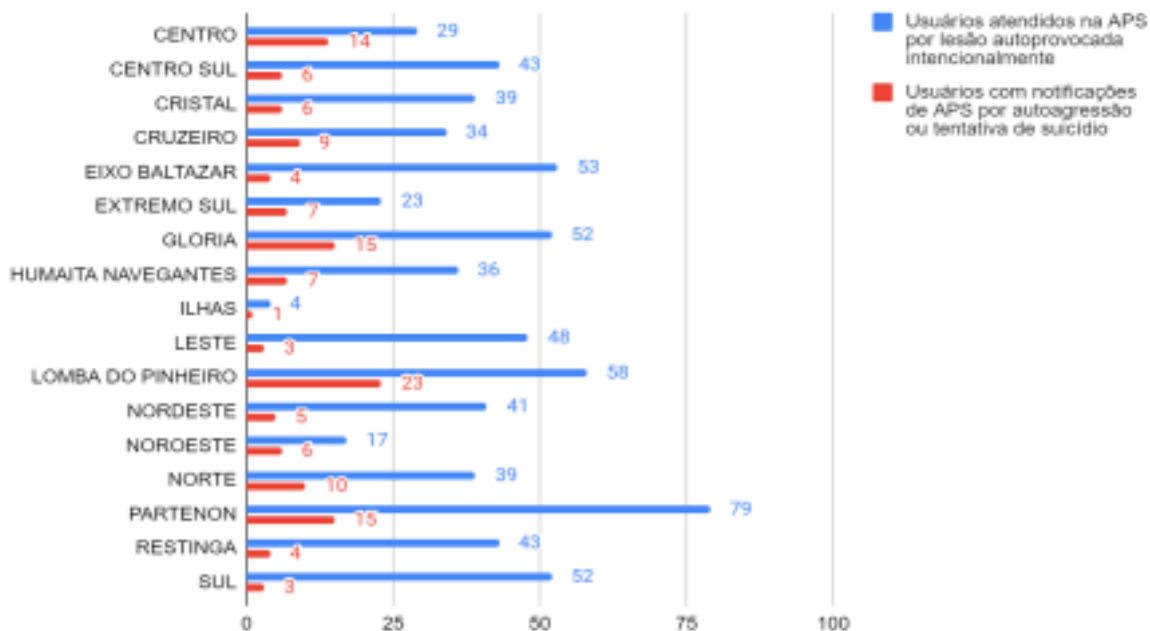
Em relação às notificações de violência autoprovocada feitas por serviços da APS, no período de 2017 a 2022 foram 106 notificações realizadas e 865 atendimentos por lesão autoprovocada, resultando em um percentual de apenas 12,3% dos atendimentos que geraram notificações. Abaixo, o primeiro é relativo ao número de consultas por lesão autoprovocada intencionalmente e o número notificações de tentativa de suicídio ou autoagressão na APS, por distrito. Já o segundo é relativo ao número de usuários atendidos por lesão autoprovocada intencionalmente e usuários com notificações de tentativa de suicídio ou autoagressão na APS, também por distrito.

Gráfico 9 Número de consultas por lesão autoprovocada intencionalmente e notificações de tentativa de suicídio ou autoagressão na Atenção Primária à Saúde por distrito de saúde, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS e e-SUS PEC. Dados preliminares de 01/02/2023.

Gráfico 10 Número de usuários atendidos por lesão autoprovocada intencionalmente e usuários com notificações de tentativa de suicídio ou autoagressão na Atenção Primária à Saúde, por distrito de saúde, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS e e-SUS PEC. Dados preliminares de 01/02/2023.

Portanto, percebe-se que a subnotificação acaba distorcendo os dados quando fornecidos somente a partir do Sinan. Como exposto nos gráficos anteriores, o Partenon registrou 100 casos de lesão autoprovocada e apenas 15 foram notificados, enquanto a Lomba do Pinheiro notificou 27 dos 63 casos. Apenas 20% das pessoas atendidas foram notificadas dentre os 690 indivíduos atendidos por lesão autoprovocada nas unidades de APS.

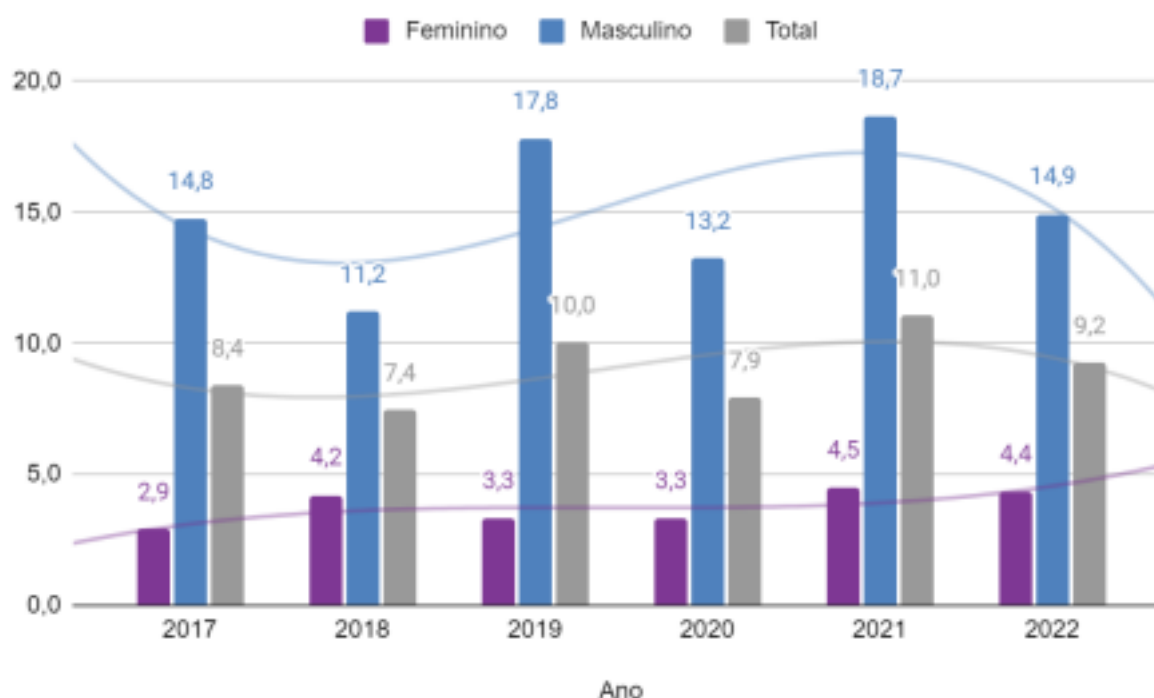
Sobre os territórios, os serviços da APS localizados nos distritos Lomba do Pinheiro (18,8%) e Centro (9,8%) são os que mais registram as notificações por lesão autoprovocada dos atendimentos realizados, enquanto os distritos Sul (2%) e Eixo Baltazar (2,7%) são os que menos notificam os casos atendidos na APS. Indica-se, portanto, a investigação desta diferença entre os distritos de saúde para averiguar a causa dessas discrepâncias. É preciso considerar, entretanto, a probabilidade de que os serviços de saúde da Lomba do Pinheiro estejam mais sensíveis à necessidade de reportar estas situações. Além disso, têm-se a alta vulnerabilidade da população adscrita, considerando que o rendimento médio dos responsáveis por domicílio neste

distrito é de 2,07 salários mínimos, quase metade do salário médio mensal de trabalhadores formais da capital (4,0) (IBGE, 2020). Assim, reafirma-se a compreensão

de que a condição socioeconômica pode influenciar para que mais pessoas estejam vulneráveis a lesões autoprovocadas.

Quando acompanhamos as pessoas vítimas de violência autoprovocadas, assim como as pessoas submetidas aos demais tipos de violências, nos propomos à redução dos danos e sequelas, assim como evitar o desfecho maior, a morte. No gráfico abaixo mostramos o coeficiente de mortalidade por sexo onde percebemos o maior coeficiente no sexo masculino em todos os anos apresentados, assim como um aumento leve e gradativo no sexo feminino, evidenciando que as mulheres estão sendo mais efetivas nas tentativas de suicídio.

Gráfico 11 Coeficiente de mortalidade por suicídio, por sexo, por 100.000 habitantes, de 2017 a 2022 em Porto Alegre.



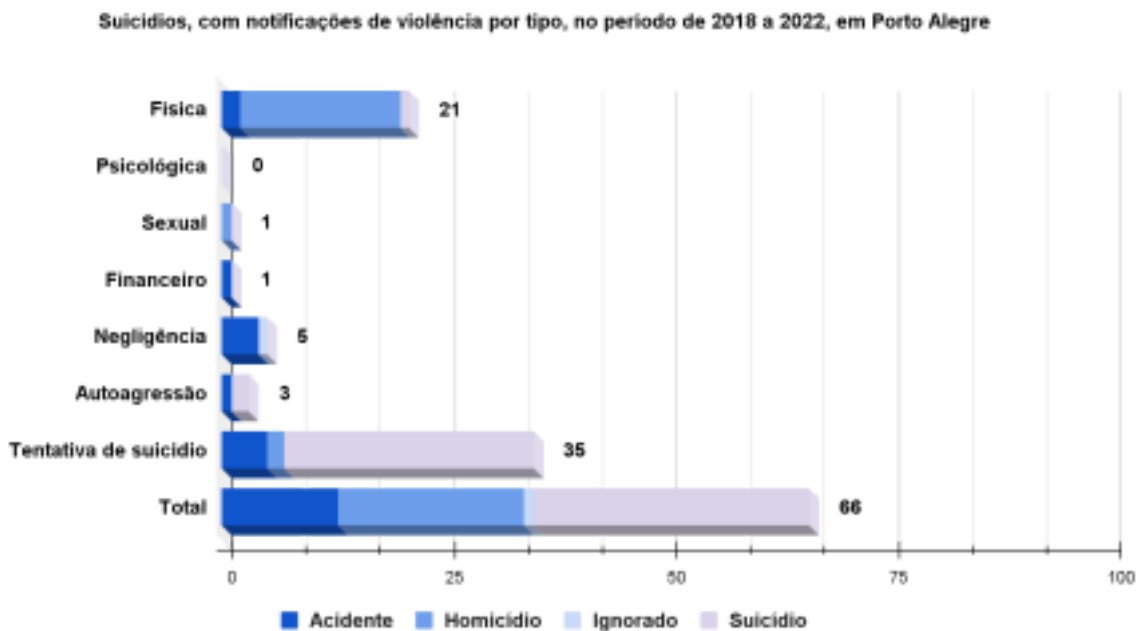
Fonte: SIM/EVDANT/DVS/SMS e Censo Populacional IBGE 2010. Dados preliminares de 24/07/2023.

No período de 2018 a 2022 das 14.161 notificações de violência por tentativa de suicídio 6.479 (45,7%) tinham qualificado na sua notificação o Cadastro Nacional de Saúde (CNS). No Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), 582 pessoas morreram

20
por causa violência (suicídio, acidentes e homicídio). Ao cruzarmos os indivíduos que

constam no Sinan (notificações de violência) e no SIM (causa de morte-Violência) no mesmo período, e que apresentam CNS, identificamos que 66 tiveram como causa do óbito violência, sendo 31 (47%) de tentativa de suicídio. Destes 31, 28 deles tinham notificação por tentativa de suicídio, 2 por autoagressão e 1 por agressão física. Se analisarmos o total de notificações no período por tentativa de suicídio (14.161) e que 28 (0,19%) pessoas vieram a morrer de suicídio podemos inferir que as notificações realizadas e seu processo de acompanhamento podem ser fator protetivo, ou seja, reduzem a chance de óbito por suicídio, haja vista que das 582 pessoas que morreram por suicídio, 516 (88,6%) não possuíam notificação de violência durante o período analisado.

Gráfico 12 Óbitos por suicídio com notificação de violência por tipo, no período de 2018 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan e SIM.

Gráfico 13 Óbitos por violência com notificação de violência no Sinan no período de 2018 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan e SIM.

4.2 Homicídios

O óbito por homicídio é um importante indicador de violência urbana e do grau de segurança pública de um município. Um número elevado de óbitos por homicídio, por exemplo, pode indicar risco aumentado para a população. Esse indicador também pode ser utilizado para avaliar a eficácia das políticas públicas de prevenção à violência e para orientar a implementação de medidas de segurança e prevenção em áreas com maior incidência de homicídios.

Além disso, o óbito por homicídio também pode afetar o desenvolvimento econômico e social de um município, afastando investimentos e afetando a qualidade de vida da população. Por isso, é fundamental que as autoridades locais monitorem regularmente o número de óbitos por homicídio e implementem medidas eficazes para

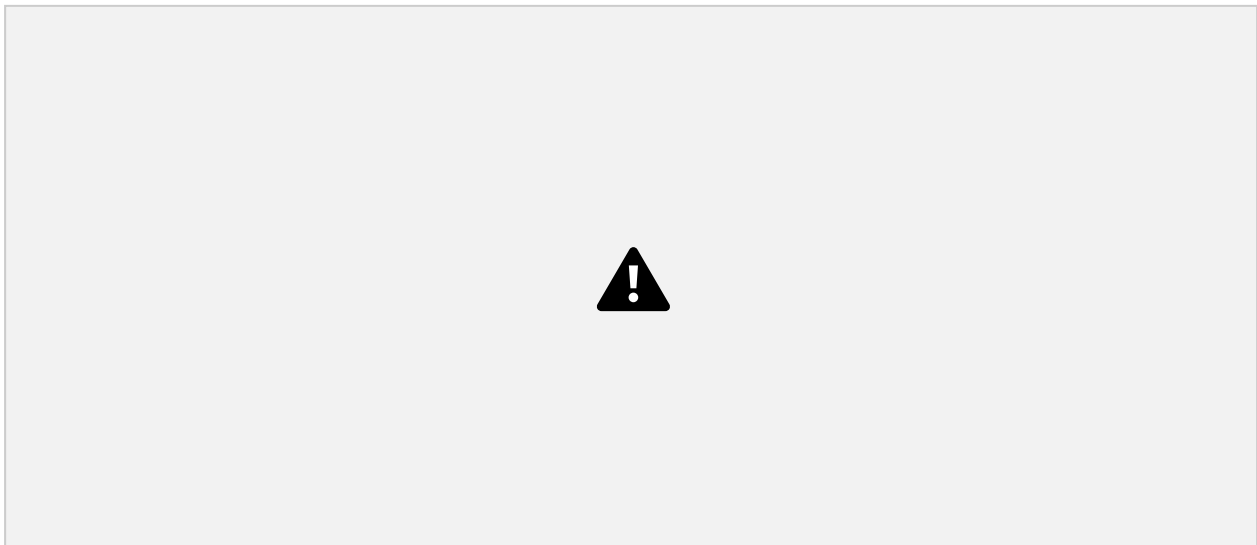
população.

Em relação aos índices de homicídio, o Brasil ocupa uma posição mundial preocupante. Conforme o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022, o país foi o primeiro em número absoluto de homicídios em 2020, com 232.676 homicídios registrados, e o oitavo na taxa de homicídios por 100 mil habitantes (22,45) (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022a). Em termos de comparação, apesar de corresponder a 2,7% dos habitantes do planeta, o Brasil responde por cerca de 20,5% dos homicídios conhecidos que foram cometidos em 2020 (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022a).

Apesar disso, conforme o Atlas da Violência de 2021, a taxa do número absoluto de homicídio vem diminuindo quando comparada a anos anteriores (CERQUEIRA, 2021). Algumas causas dessa diminuição são apontadas pelo documento, tais como: a mudança do regime demográfico rumo ao envelhecimento da população e à diminuição do número de jovens, a implementação de ações e programas qualificados de segurança pública em alguns estados e municípios brasileiros e o Estatuto do Desarmamento (CERQUEIRA, 2021).

No entanto, em relação às políticas de desarmamento, é preciso destacar que a facilitação da aquisição de armas de fogo, especialmente aos CACs (caçadores, atiradores e colecionadores) aumentou consideravelmente entre 2019 e 2022, o que pode impactar nos índices de homicídio ao longo dos anos. Conforme estimativas do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o aumento da circulação de armas de fogo no período pode ter aumentado em aproximadamente 6.379 o número de óbitos por homicídio no país (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022b)

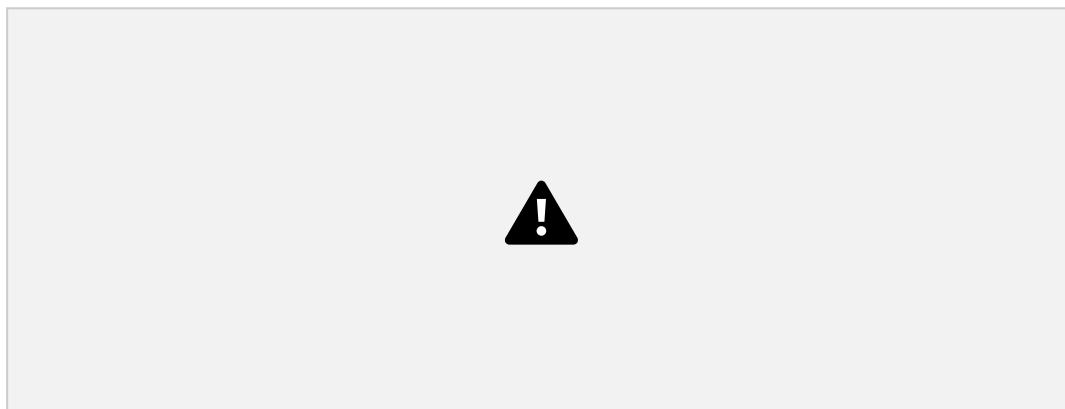
Nos últimos anos, Porto Alegre tem-se configurado como uma das capitais mais letais. Conforme o gráfico abaixo, o município teve as maiores taxas de mortalidade por homicídio (por 100 mil habitantes) dentre diversas capitais brasileiras no período de 2007 até 2019, além de também possuir uma taxa mais elevada do que a média do estado do Rio Grande do Sul no mesmo período.



Fonte: IPEA - Atlas da Violência de 2021.

Entre 2017 e 2022, houve 2.519 óbitos por homicídio no município. É possível observar que, durante o período, apesar do aumento de ocorrências entre 2021 e 2022, os óbitos por homicídio reduziram em 52%. Entretanto, é preciso apontar que as diminuições desses registros podem estar relacionadas à redução dos índices de violência urbana que ocorreram no período de restrição de convívio social imposto pela pandemia de Covid-19, fenômeno este que foi verificado em várias partes do mundo (NIVETTE et al, 2021). O gráfico abaixo representa a taxa de número absoluto de homicídio em Porto Alegre no período.

Gráfico 15 Série histórica do número absoluto da taxa de homicídio, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.

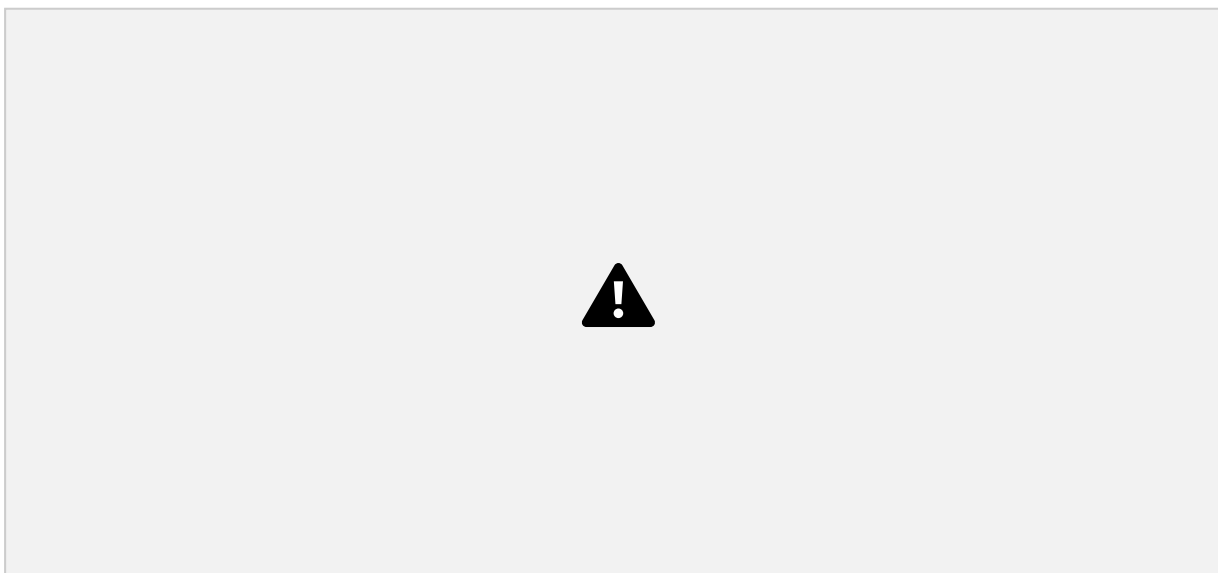


Fonte: Secretaria da Segurança Pública do Rio Grande do Sul; dados obtidos no dia 15/03/2023, sujeitos a alterações.

Os homens representam a maior parte das vítimas de homicídio. Do total de registros, homens foram as vítimas em 89,4% dos casos no período de 2017 a 2022,

enquanto as mulheres foram vítimas em 10,5%. Particularmente, no ano de 2022, os homens tiveram uma taxa de mortalidade por homicídio de 5,9 vezes maior que as mulheres. Acompanhando a redução geral da taxa de mortalidade por homicídio entre 2017 e 2022, a redução para os homens foi de 50,7%, e para as mulheres, 63,0%. O gráfico a seguir expõe o coeficiente de mortalidade por homicídio por 100.000 habitantes estratificado por sexo, no período de 2017 a 2022.

Gráfico 16 Série histórica em proporção (%) da taxa de mortalidade por homicídio por 100 mil habitantes, por sexo de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: SIM/EVDANT/DVS/SMS e Censo Populacional IBGE 2010. Dados preliminares de 01/02/2023.

As faixas etárias mais acometidas foram, para homens, dos 20 aos 29 anos (36,1%), seguida pela faixa dos 30 aos 39 anos (24,0%). Para as mulheres, a mesma tendência foi identificada (28,4% e 26,5%, respectivamente). Portanto, indica-se que para trabalhar as questões referentes à prevenção da violência é necessário formular estratégias direcionadas à população de jovens, corroborando as análises feitas pelo Atlas da Violência de 2021 sobre os determinantes da diminuição dos homicídios no Brasil (CERQUEIRA, 2021).

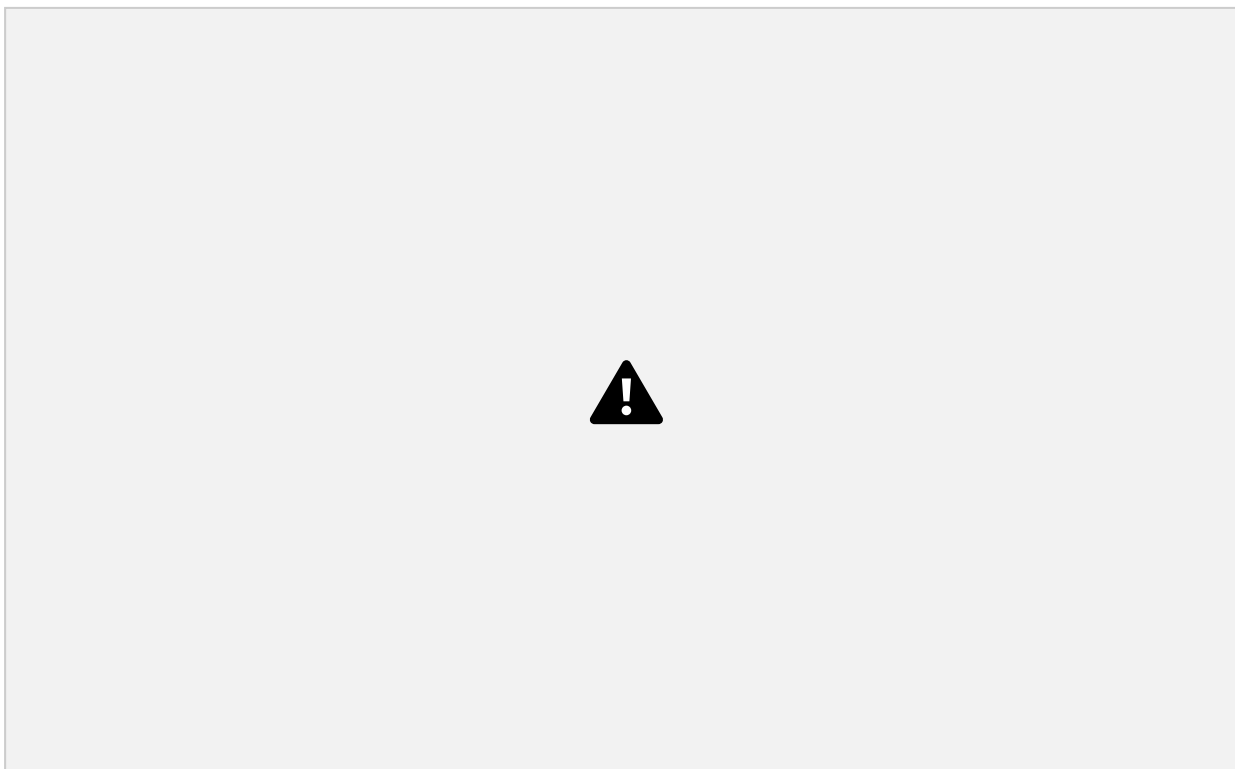
A raça/cor mais comum entre as vítimas, tanto para homens quanto para mulheres, foi a branca (56,9% e 65,0%, respectivamente), seguida pela preta (22,7% e

18,7%, respectivamente). Negros (pretos e pardos) somaram 39,3% dos casos notificados, correspondendo a uma maior proporção do que a encontrada na população

geral autodeclarada preta ou parda em Porto Alegre, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2012). Indica-se, assim, uma maior vulnerabilidade da população negra à vitimização por homicídio.

Apesar dos números absolutos indicarem mais óbitos de pessoas brancas, a taxa de mortalidade por homicídio é maior na população negra (pretos e pardos). Em 2022, a taxa foi de 54,8 a cada 100 mil habitantes para pretos e 30,3 a cada 100 mil habitantes para pardos, enquanto os brancos tiveram uma taxa de 17,7 a cada 100 mil habitantes, como demonstra o gráfico da série histórica do coeficiente de mortalidade por homicídio por 100 habitantes, estratificado por raça/cor.

Gráfico 17 Série histórica em proporção (%) da taxa de mortalidade por homicídio por 100 mil habitantes, por raça/cor de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: SIM/EVDANT/DVS/SMS e Censo Populacional IBGE 2010. Dados preliminares de 01/02/2023.

A população preta possui uma taxa de mortalidade por homicídio 3 vezes maior que a branca, enquanto a parda possui uma taxa de mortalidade por homicídio 1,71 vezes maior que a branca (PORTO ALEGRE, 2022a; IBGE, 2012). Houve redução geral

da taxa de homicídio para todas as raças/cores no período entre 2017 e 2022. A redução foi de 52,2% para raça/cor branca, 57,6% para raça/cor preta e 41,9% para

raça/cor parda.

Em relação à distribuição dos registros de homicídio por distrito de saúde, o Partenon é o distrito que apresenta o maior número de residentes vítimas de homicídios, sendo composto pelos bairros Coronel. Aparício Borges, Partenon, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa. Além disso, apresenta uma média de rendimentos pelos responsáveis por domicílio bastante variável, com bairros de classe média e outros de alta vulnerabilidade social. Neste distrito, localiza-se a Cadeia Pública de Porto Alegre, o que pode, por falha na notificação, contar como homicídio de residente no distrito.

O distrito Leste é o segundo com mais homicídios e é composto pelos bairros Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. Os bairros são de classe alta, média e de baixa renda, portanto a distribuição destes óbitos no distrito é desigual. Já o distrito Norte aparece em terceiro lugar e é composto apenas pelo bairro Sarandi, que possui uma área de 15,41 km², e a maior parte da sua população é de classe baixa, apresentando regiões de alta vulnerabilidade social, com renda média dos responsáveis por domicílio de 2,64 salários mínimos.

Abaixo, o gráfico expressa o número de óbitos por homicídio por distrito de saúde de residência por ano no período de 2017 a 2022.



Fonte: SIM/EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares de 01/02/2023.

4.3 Violência sexual

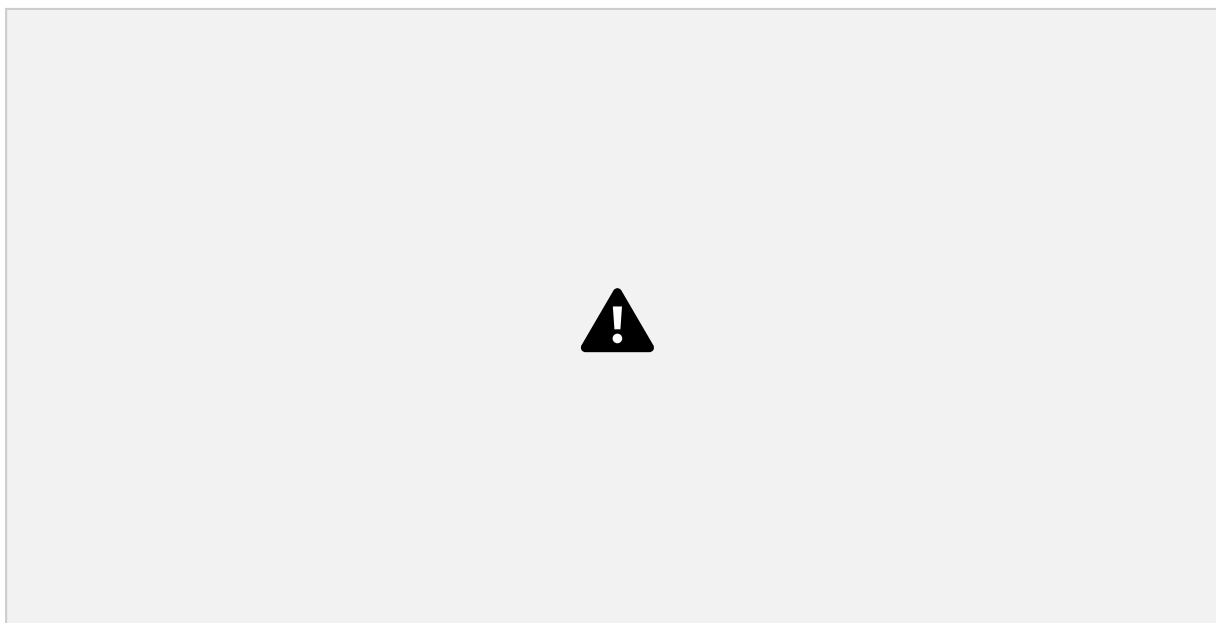
A violência sexual é definida pela OMS como todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas, ou ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente da relação com a vítima, em qualquer âmbito, seja público ou privado (KRUG *et al*, 2002). Muitas vezes associada a outros tipos de violência, como a violência física e a violência psicológica (FLORENTINO, 2015), a violência sexual atinge em sua maioria mulheres (FREITAS & FARINELLI, 2016) e é significativamente subnotificada (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022a).

No Brasil, são estimados cerca de 822 mil estupros por ano, equivalente a 2 estupros por minuto (FERREIRA *et al*, 2023a). Conforme os dados levantados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021, as vítimas são maioria do sexo feminino, negras (pretas ou pardas) e estão na faixa etária dos 10 aos 13 anos. No mesmo levantamento, verificou-se que a taxa de estupros por 100 mil habitantes do RS é maior do que a média nacional (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021).

De 2017 a 2022, foram registradas 3.753 notificações de violência sexual em Porto Alegre. A disposição dessas notificações está contida na Tabela 4 (Anexos). A forma de violência sexual mais comum foi o estupro, presente em 90% das notificações, seguido pelo assédio, presente em 18,9% das notificações. O meio utilizado mais comum foi a força corporal (70,4%), seguido pela ameaça (28,7%). Quase metade, ou 45,4% das notificações eram de caráter repetitivo e o local de ocorrência mais frequente foi o domicílio (71,8%).

Conforme os dados, na maioria dos casos do período, as vítimas foram do sexo feminino (87,0%). Em 2022, a taxa de notificações de violência sexual para mulheres foi 113,0 a cada 100 mil habitantes, 5,3 vezes maior que a dos homens (21,1), como demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 19 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência sexual, por sexo, por 100 mil habitantes, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS e Censo Populacional IBGE 2010. Dados preliminares de 01/02/2023.

Observa-se que a taxa de notificações por 100 mil habitantes atingiu seu pico em 2022, após período de queda entre 2019 e 2020. Esses dados acompanham as análises do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, que indicam que a redução da notificação criminal como um todo, durante o período de isolamento social da pandemia de Covid-

19, pode ter impactado nos registros de violência sexual (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021).

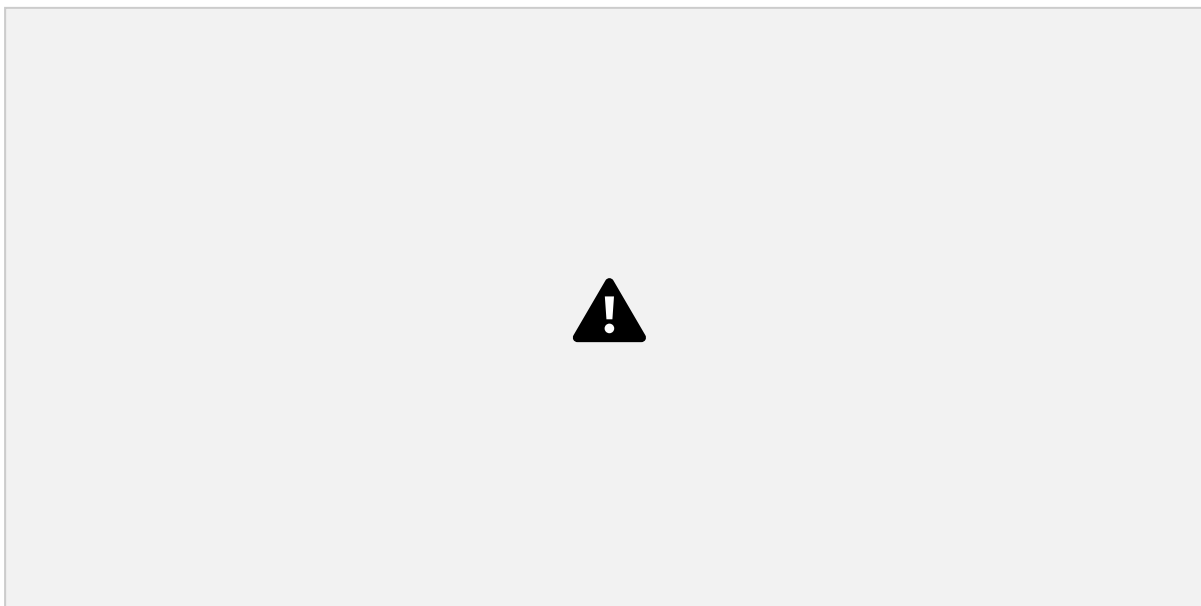
Em relação às estratificações por sexo desse aumento, percebe-se que no período houve um aumento de 88,9% para as mulheres, 122,1% para os homens e 92% na taxa total. Por corresponderem à taxa de registro de notificações, esse aumento também pode ser resultado de maior sensibilidade das redes de assistência à violência sexual e até da maior busca das mulheres em relação aos seus direitos.

Em relação aos homens, é importante ressaltar que a identificação da violência apresenta lacunas importantes em função de estereótipos de masculinidade, que resultam em subnotificação dessas situações (FERREIRA *et al*, 2023b). Portanto, o aumento das notificações no sexo masculino pode indicar a uma maior conscientização pela busca das redes de proteção em casos de violência sexual principalmente em relação aos homens.

A faixa etária mais acometida, no caso das mulheres, foi a dos 10 aos 19 anos (44,1%) e nos homens foi de 01 a 09 anos (63,7%). Apesar disso, a violência sexual foi mais prevalente no sexo feminino em todas as faixas etárias. Em relação à escolaridade, a faixa de 1^a à 4^a série incompleta do ensino fundamental foi a mais prevalente para a população geral (25,7%) e para o sexo feminino (26,8%), enquanto a faixa de educação superior incompleta foi a segunda mais prevalente para a população geral (18,7%) e a mais prevalente para o sexo masculino (37,5%).

Em relação à raça/cor, verifica-se que a taxa de notificações por 100 mil habitantes é maior para a população negra (pretos e pardos) do que para a população branca. O gráfico abaixo, que dispõe as taxas relativas ao período de 2017 a 2022, demonstra que, apesar dos números absolutos indicarem mais vítimas da raça/cor branca, proporcionalmente à população residente de Porto Alegre, a raça/cor branca é a menos atingida em todos os anos.

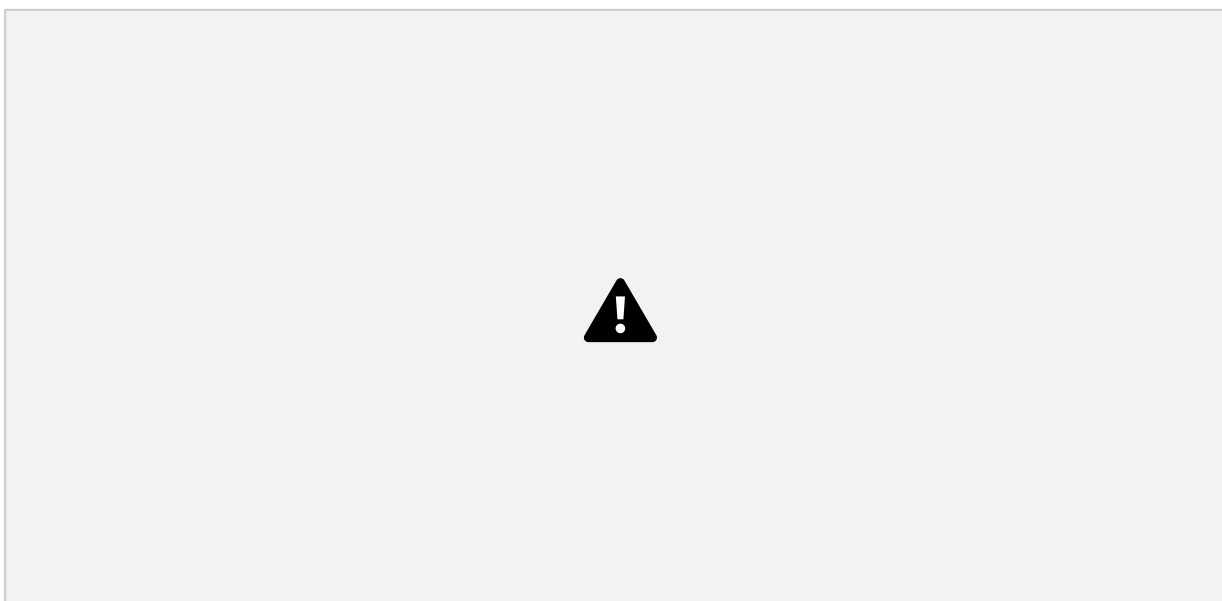
Gráfico 20 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência sexual por 100 mil habitantes, por raça/cor, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS e Censo Populacional IBGE 2010. Dados preliminares de 01/02/2023.

Em 2022, obteve-se uma taxa de notificação de violência sexual de 113,5 a cada 100 mil habitantes para população parda e 97,6 a cada 100 mil habitantes para a população preta, enquanto a população branca teve uma taxa de 53,6 casos a cada 100 mil habitantes. A taxa para pardos foi 2,1 vezes maior que a para brancos e a taxa para pretos foi 1,8 vezes maior que a para brancos. Quanto à sensibilidade da rede de saúde à violência sexual, o gráfico abaixo expressa o número de notificações por distrito de saúde de residência da vítima.

Gráfico 21 Número de notificações de violência sexual por distrito de saúde e residência da vítima de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



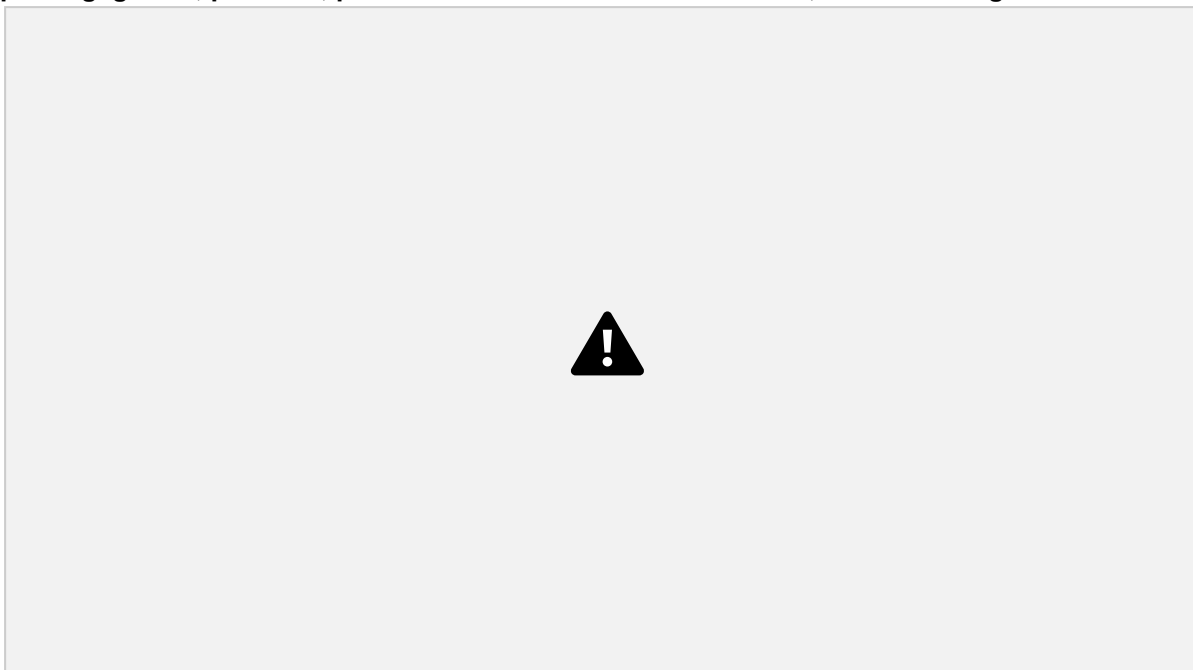
Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS. Dados preliminares de 01/02/2023.

4.4 Negligência

A negligência é o não provimento das necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social, sendo o abandono sua forma mais extrema (BRASIL, 2002), seja por omissão dos responsáveis legais por crianças e adolescentes, por idosos e por pessoas acolhidas em instituições (como prisões, instituições de longa permanência e educandários). A privação de medicamentos, o descuido com a higiene, a ausência de proteção, estímulos e condições para a frequência na escola são exemplos de atitudes de negligência.

Entre 2017 e 2022, foram notificados 3.814 registros de negligência. Sua disposição está contida na Tabela 5 (Anexos). A negligência representa, em média, 20% ao ano de todos os registros de notificações por violência no município de Porto Alegre. É mais prevalente na faixa etária de 1 ano aos 4 anos, e guarda proporcionalidade entre os sexos. Do total de registros no período, 1.862 registros foram do sexo feminino e 1.952 do sexo masculino. Abaixo, o gráfico expressa a taxa de notificações de negligência por 100 mil habitantes no período, estratificada por sexo.

Gráfico 22 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações das vítimas de violência por negligência, por sexo, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023 e Censo Populacional IBGE 2010.

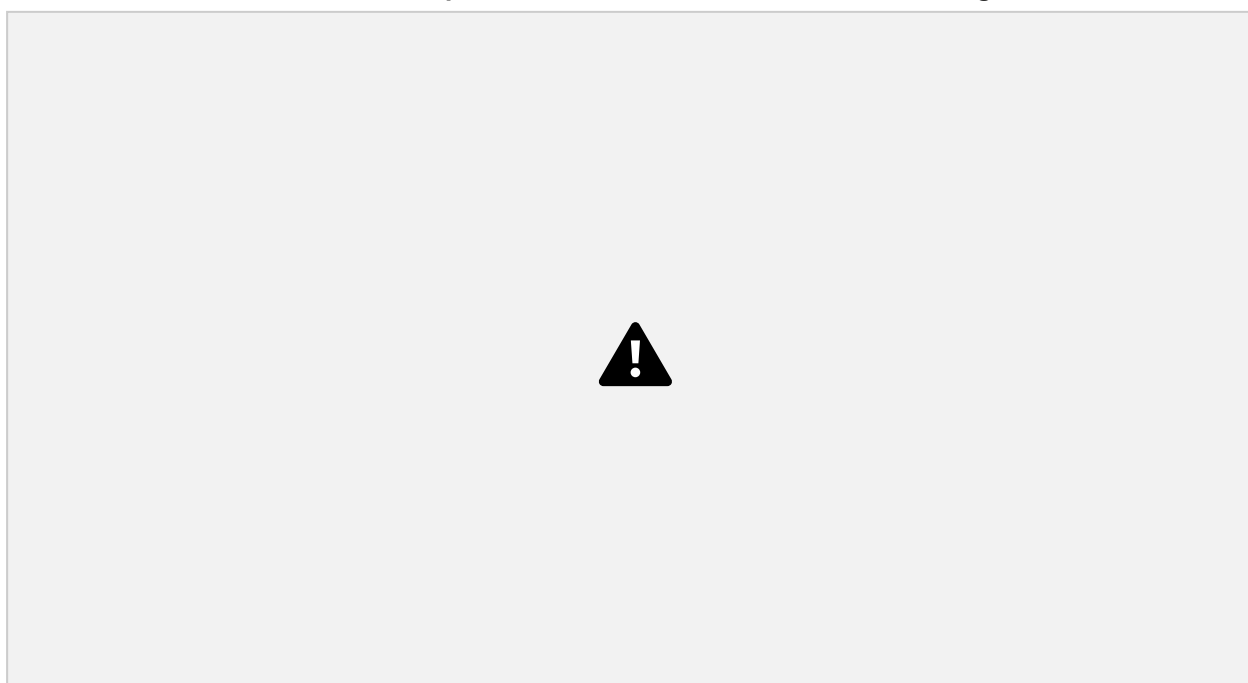
Tendo em vista a naturalização da ausência da figura paterna enquanto papel de cuidador nos serviços de saúde, a mãe frequentemente é apontada como a autora principal, sem considerar o pai, padrasto ou o responsável legal pela criança. De acordo com a Secretaria Nacional de Renda de Cidadania do Ministério da Cidadania, dentre os 20,65 milhões de lares que recebem o mínimo de R\$ 600,00 do programa permanente de transferência de renda, a partir de setembro de 2022, 16,85 milhões são chefiados por mulheres (BRASIL, 2022). No Brasil, estima-se que estes modelos de lares são 81,6% e na Região Sul correspondem a 83,1% (BRASIL, 2022). Portanto,

é preciso apontar que a situação econômica precarizada, a necessidade de sustentar a família sozinha ou com aporte de recursos insuficientes (pensão alimentícia, por exemplo), aliada à responsabilização social da mulher no cuidado direto aos filhos, traz sobrecarga e pode impactar diretamente no aumento da negligência pelas mães e/ou mulheres provedoras.

Abaixo, o gráfico expressa a taxa de notificações de negligência por 100 mil habitantes no período, estratificada por raça/cor.

33

Gráfico 23 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de negligência por 100 mil habitantes, por raça/cor, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023 e Censo Populacional IBGE 2010.

4.5 Violência física

De acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2005), o trauma físico é definido como: “uso da força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade”. Entre 2017 e 2022, foram notificados 2.983 registros de violência física em Porto Alegre, dispostos na Tabela 6 (Anexos). Este tipo de violência representa, em média, 16% das notificações dentre todos os registros.

As vítimas mais prevalentes são as mulheres na faixa etária dos 20 aos 29 anos,

a maioria tem ensino fundamental completo. Quanto ao local da ocorrência, a maioria é a residência da vítima. De acordo com Machado e colaboradores (2014):

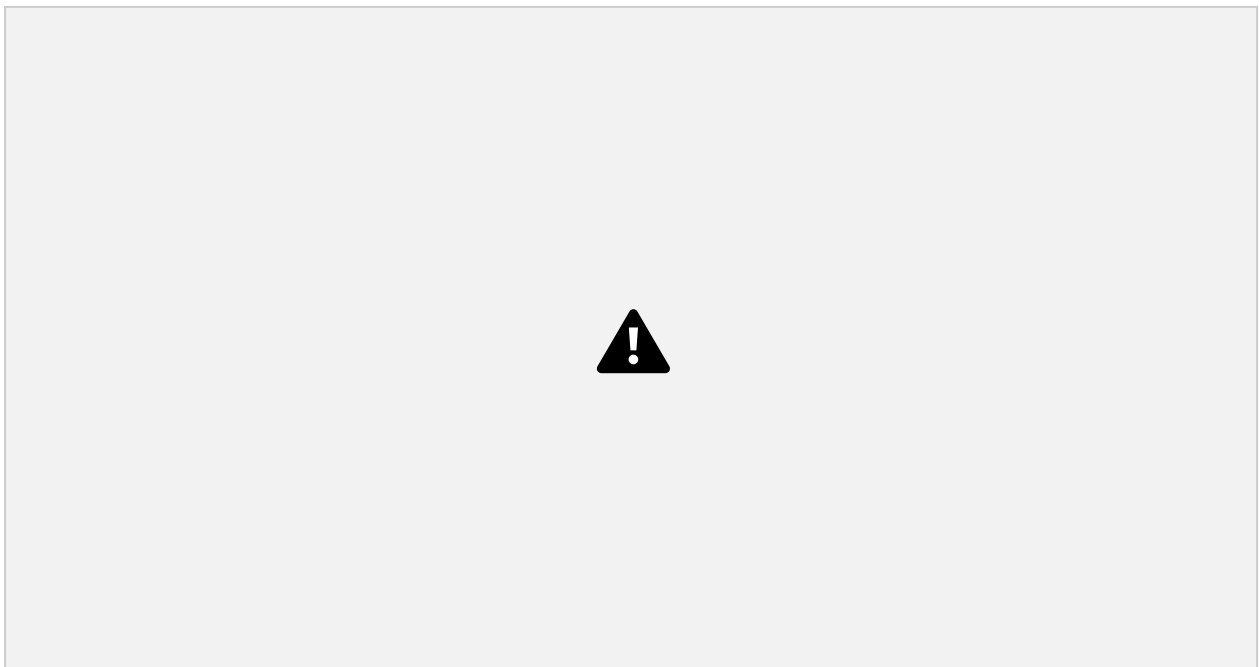
"Os relatos explicitam que as equipes da ESF reconhecem que a violência intrafamiliar traz consequências para a saúde das pessoas e buscam intervir sobre a problemática. Estudo realizado por Kiss e Schraiber (2011) destaca que alguns profissionais, sobretudo os da ESF, têm conhecimento das situações de violência em suas comunidades, mas ainda há uma grande distância entre conhecê-las e reconhecê-las como inerentes à intervenção assistencial. As autoras referem ainda que nas situações em que a violência é reconhecida ela não se constitui como

34

objeto de intervenção em saúde; e nos casos em que o profissional decide intervir, desenvolve-se uma ação de maneira pessoal e não profissional, deslocada e ineficaz."

Portanto, é necessário que no PMPAVV/SMS estejam as estratégias definidas para balizar a atuação dos profissionais da assistência na condução de forma estruturada dos atendimentos e ações de responsabilidade da saúde e, ainda, identificar espaços e serviços para os quais encaminhar as vítimas para garantir inclusão na rede de proteção. Abaixo, consta um gráfico que expressa as taxas de notificações de violência física por 100 mil habitantes entre 2017 e 2022, por sexo:

Gráfico 24 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência física por sexo, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



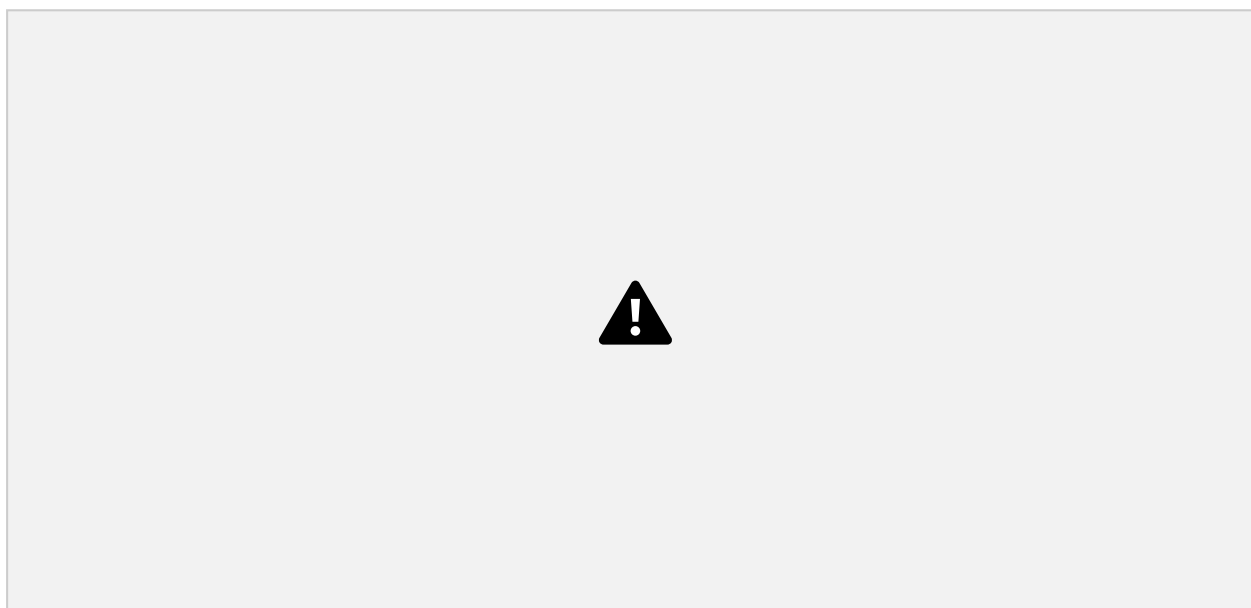
Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023 e Censo Populacional IBGE 2010.

É possível observar, em todos os anos, uma maior prevalência de notificações de violência física contra a mulher. Analisando o gráfico acima, verifica-se que, diferentemente de outras violências, a violência física manteve-se em patamar semelhante nos anos de 2020 e 2021, anos em que houve queda em outros registros devido à pandemia de Covid-19.

Entre os casos de violência física notificados em que a vítima era mulher, em 51,4% dos casos, o agressor tinha vínculo de relação íntima de afeto: cônjuges, ex-

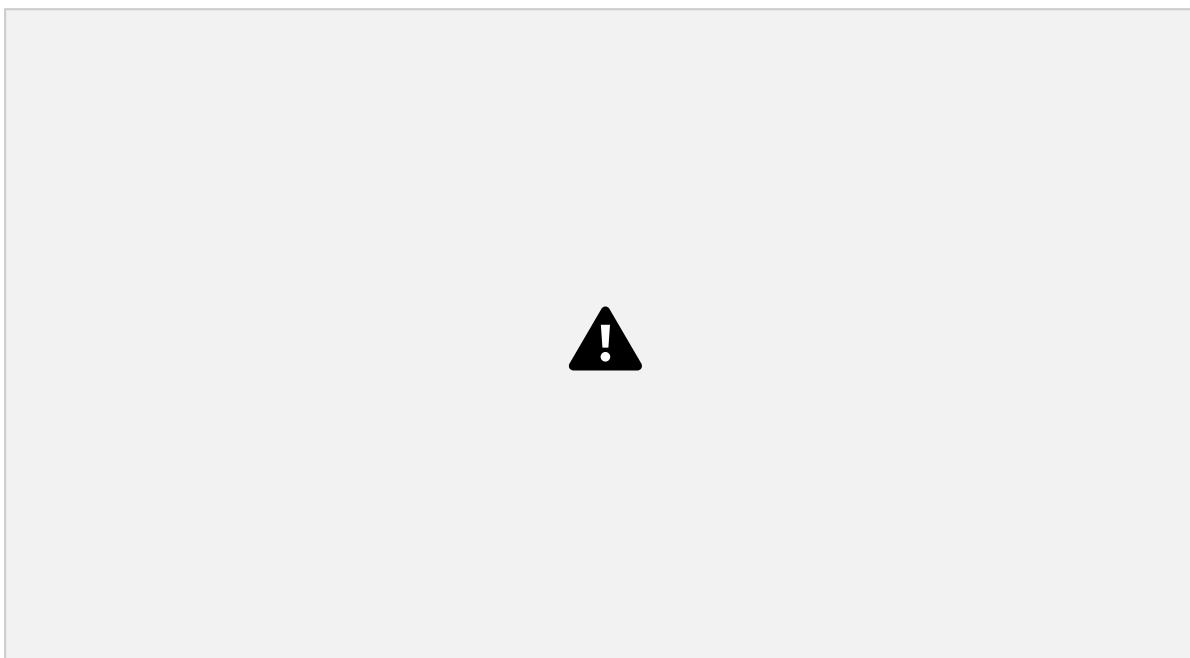
35
cônjuges, namorados e ex-namorados. Em relação aos homens, o agressor mais comum nas notificações de violência física foram pessoas desconhecidas (29,8%). Reforçando a hipótese de que, no caso dos homens, a violência, em princípio, ocorreu fora do domicílio, ou seja, violência urbana. Somando as agressões perpetradas por pessoas com vínculo de relação íntima em homens são apenas 8%.

Gráfico 25 Número da relação das vítimas de violência física com o provável agressor de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023.

Gráfico 26 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência física por raça/cor, por 100 mil habitantes, de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023 e Censo Populacional IBGE 2010.

Apesar dos números absolutos indicarem mais notificações de violência física nas quais as vítimas eram brancas, ao observar a taxa proporcional à população, vemos que a raça/cor preta foi a mais atingida por este agravo durante o período. Em 2022, por 100 mil habitantes, a raça/cor preta teve uma taxa de notificação de 85,5; a

raça/cor parda teve uma taxa de 45,6 e a raça/cor branca teve uma taxa de 28,1. Utilizando esse ano como parâmetro, nota-se que a população preta teve uma taxa 3,0 vezes maior que a branca, enquanto a parda teve uma taxa 1,6 vezes maior que a branca. Fica evidente que pessoas mais retintas, carregam consigo o peso do processo de escravagismo, pois tem os traços notáveis da ascendência africana e são mais visualizadas a partir deste contexto.

4.6 Violência psicológica/moral

A violência psicológica é caracterizada pelo controle de ações, crenças, comportamentos e decisões de uma pessoa por meio de manipulação, intimidação, ameaça, humilhação, isolamento entre outros fatores que repercutem na saúde e, em muitas situações, na autoestima e sensação de segurança (NERY JUNIOR, 2011). A

37

prática da violência psicológica é definida por elementos caracterizadores, como a permanência no tempo (SANTOS, 2006), exigindo continuidade e constância. A invisibilidade desta agressão é insistentemente ressaltada, considerando que na violência psicológica, as agressões são veladas e reiteradas, uma vez que o agressor desenvolve mecanismos de comunicação para que outros não percebam a violência dirigida à vítima. Depende também da bilateralidade, ou seja, da presença de um agressor e de uma vítima assediada sustentada por uma circunstância de dominação ou superioridade hierárquica.

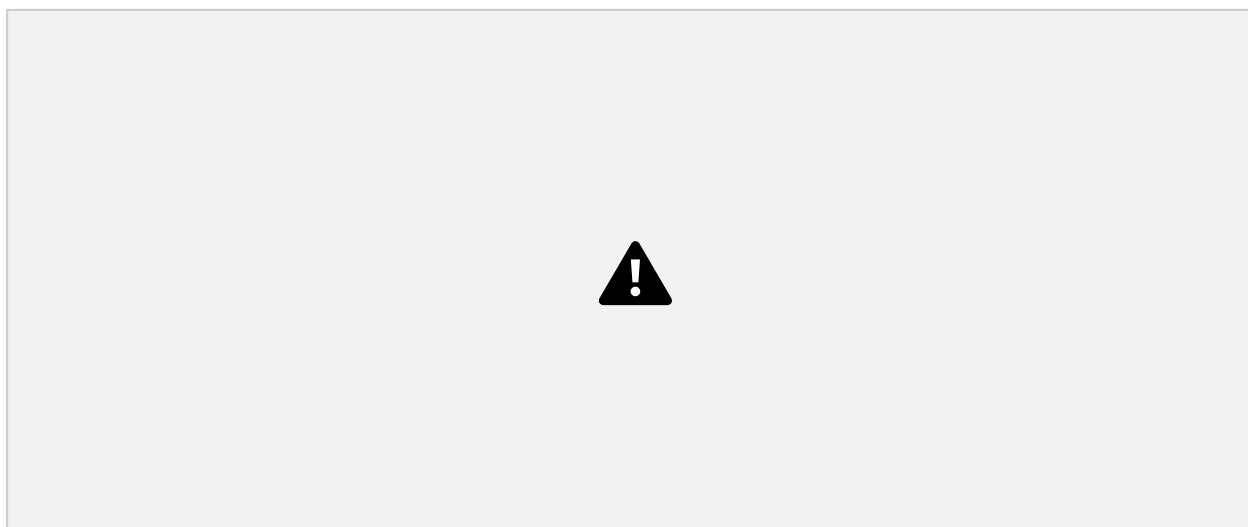
Por não deixar marcas aparentes e ser de difícil mensuração, pode-se inferir, portanto, que a violência psicológica é uma das formas de violência mais frequentes no cotidiano, e que muitas vezes pode não ser identificada pela vítima ou mesmo pelos serviços de saúde, produzindo subnotificação importante dos casos. Apesar disso, desde

2021, os casos de violência psicológica podem ser registrados em todas as delegacias, oportunizando assim a ampliação dos registros deste tipo de violência. Em Porto Alegre, entre 2017 e 2022 foram registradas 585 notificações relativas à violência psicológica, dispostas na Tabela 7 (Anexos). Onde 68,6% é de mulheres da raça branca, na faixa etária de 30 a 39 anos com 59% de violência de repetição. Sendo o local da ocorrência em 39,6% dos casos a residência.

Em Porto Alegre, 80% (469) dos casos de violência psicológica notificados foram cometidos contra o sexo feminino. Abaixo, tem-se o gráfico da taxa de notificações de violência psicológica por 100 mil habitantes entre 2017 a 2022, estratificado por sexo.

38

Gráfico 27 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência psicológica por sexo, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023 e Censo Populacional IBGE 2010.

Nesse sentido, do total do número os atendimentos de mulheres vítimas de violência no âmbito da saúde, em 2022 foram realizados 1.814 atendimentos a mulheres em decorrência de violência doméstica, onde apenas 12% foram relativos à violência psicológica. Sendo o sexismo o maior indutor da violência contra a mulher e legitimador do processo de violência de gênero, entende-se que é mais difícil para a mulher compreender os aspectos de violência psicológica presentes em relações conjugais violentas.

Com relação à faixa etária, houve uma maior prevalência nas faixas entre 30 e 39 anos para o sexo feminino (29,64%) e entre 10 e 14 anos para o sexo masculino (27,59%).

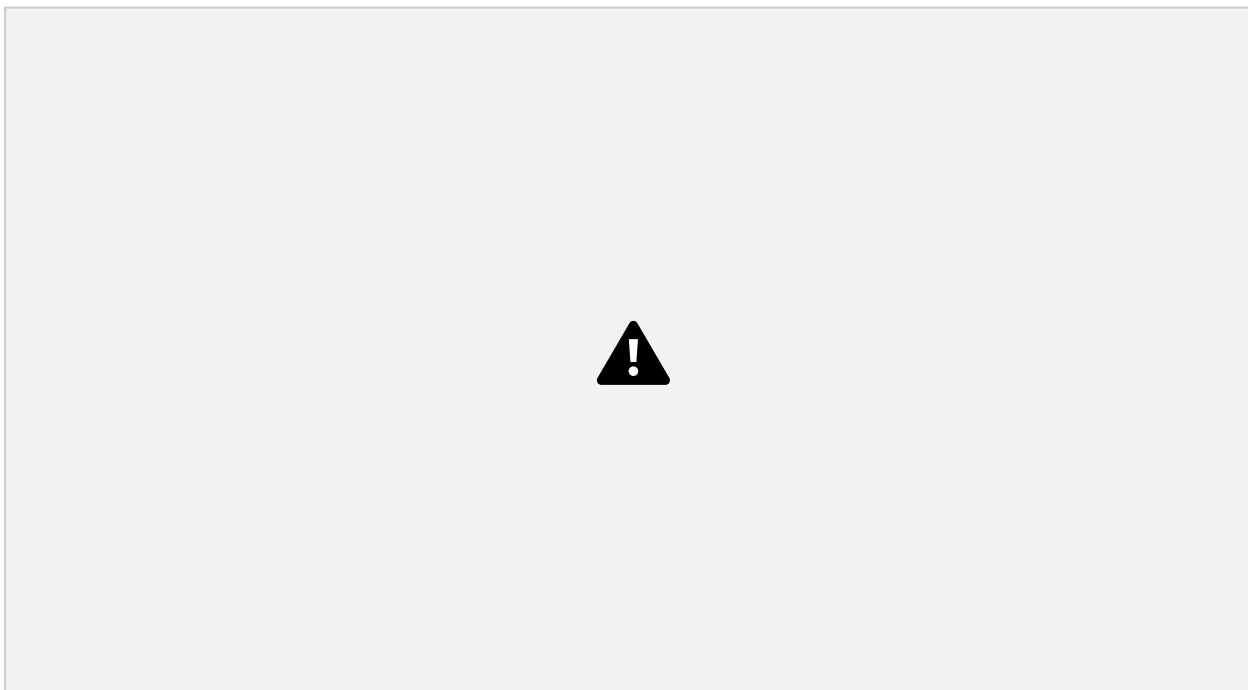
Ainda em relação ao gráfico anterior, observa-se que a partir de 2020 ocorreu uma queda em todas as estratificações devido à pandemia e ao menor acesso às unidades de saúde. No entanto, percebe-se também que a curva de tendência é ascendente, o que pode estar refletindo a conscientização de vítimas e profissionais de saúde em dar visibilidade à essa violência. Ainda assim, destaca-se que as taxas permaneceram acima dos anos anteriores a 2019.

Em relação à raça/cor, apesar dos números absolutos indicarem mais notificações de violência psicológica nas quais as vítimas eram brancas, a taxa de notificações por

39

100 mil habitantes aponta que a população preta foi a mais atingida por este agravo durante o período, como demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 28 Série histórica em proporção (%) da taxa de notificações de violência psicológica por sexo, por 100 mil habitantes de 2017 a 2022, em Porto Alegre.



Fonte: Sinan/EVDANT/DVS/SMS – Dados preliminares de 01/02/2023 e Censo Populacional IBGE 2010.

Em 2022, percebe-se que a raça/cor preta teve uma taxa de notificação de 15,7,

a raça/cor parda teve uma taxa de 0,8 e a raça/cor branca teve uma taxa de 5,9. Utilizando este ano como parâmetro, a população preta apresentou taxa de violência psicológica 2,6 vezes maior que a branca. Neste ano, os profissionais que trabalhavam no IMESF tiveram seus contratos rescindidos e buscaram na notificação de violência um modo de registro, elevando a notificação psicológica e em consequência a raça cor.

5. Notificações

O marco legislativo que define a lista Nacional de Notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória é a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016). Além disso, torna obrigatória a notificação de eventos em saúde pública a serem reportados à vigilância epidemiológica. Entre os agravos,

40

figuram as violências consideradas prioritárias pelo MS.

Em Porto Alegre, é utilizado como fonte de informação na obtenção de dados de violência na área da saúde a Ficha de Notificação/Investigação Individual Sinan, de acordo com o instrutivo escrito pela Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Essas informações, após coletadas, qualificadas e analisadas, são usadas para orientar a elaboração de planos de saúde locais, programas de prevenção e tratamento de doenças, e políticas de saúde pública na região. As violências devem ter notificação imediata (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde, e em Porto Alegre pelo Aplicativo Sentinela, criado pela Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (Procempa) em conformidade com a ficha Sinan do MS.

Além de identificarmos a ausência de notificações em muitos casos que deveriam ocorrer, encontramos uma baixa qualidade dos dados inseridos nas notificações produzidas, o que muitas vezes dificulta a avaliação real da situação. Neste sentido, a manutenção de ações de capacitação periódicas aos trabalhadores para o melhor preenchimento dos documentos é de grande relevância.

5.1 Subnotificações

A ação de notificar, ainda que estipulada por lei, não está plenamente incorporada aos fluxos de trabalho dos serviços de saúde e depende do comprometimento de cada profissional. A falta de compromisso das instituições, sejam estas públicas ou privadas, concorre para reforçar a invisibilidade da violência. A percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sinan está associada a diversas causas, como falha na identificação e complexidade das situações, falta de rotinas e protocolos estabelecidos e não valorização da vigilância epidemiológica (MELO, 2018).

Em Porto Alegre, são muitos os exemplos de subnotificação constatados através dos dados e evidências. Como exemplo, a DVS, de 2017 a 2022, recebeu 06 registros de notificação de trabalho infantil. A Proteção Social Especial da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), através do Serviço Especializado de Abordagem Social, registrou e georreferenciou 680 crianças em situação de trabalho infantil, e

nenhuma destas estava notificada no Sinan. Os casos registrados no Sinan são, provavelmente, referentes aos acidentes de trabalho. Para mapear o perfil destas crianças e realizar políticas específicas para este ciclo de vida foi firmado acordo de cooperação técnica entre FASC e SMS.

Outro exemplo de subnotificação é referente à violência autoprovocada em crianças e adolescentes em idade escolar. Na série histórica de 2017 a 2022 temos uma média de registros efetuados pelas escolas de 2% de todas as notificações. No entanto, por meio das ouvidorias destes estabelecimentos, a partir do contato com SME e SEDUC, verificou-se que as escolas registraram em torno de 150 alunos no ano de 2019 com lesões autoprovocadas e nenhum destes casos foi notificado no Sinan. Nesse sentido, a DVS vem realizando oficinas com alunos e professores das escolas com foco na prevenção à violência e promoção da vida para que esta subnotificação possa ser reduzida e para dar visibilidade aos casos.

A subnotificação compromete o planejamento das ações de prevenção, controle epidemiológico e a linha de cuidado. A estimativa da magnitude das doenças e agravos

está baseada em dados que não refletem a realidade epidemiológica. Além da notificação compulsória, a SMS busca informações em outras secretarias, como as de segurança e educação, e departamentos das três esferas de governo para definir metas e indicadores para a implementação de políticas públicas visando organizar a rede de assistência.

6. Sistemas de Informação

Em todas as áreas do conhecimento humano, incluindo a saúde, a incorporação de sistemas e de tecnologias da informação aos processos de trabalho tem levado à qualificação e à agilização do acesso à informação, o que otimiza os processos de trabalho. Para operar esses sistemas e integrá-los é fundamental o domínio dessa tecnologia, portanto os trabalhadores em saúde precisarão cada vez mais utilizar os saberes, os meios, as técnicas e os equipamentos próprios para ter acesso à informação. No entanto, a simples incorporação de tecnologia não é suficiente para a

42

instituição de novas políticas públicas e a qualificação das existentes. O fator humano é de fundamental importância na seleção de indicadores que sirvam de pilares para a organização da rede com foco em efetivar as ações em todos os âmbitos da saúde, em especial na assistência que é a principal interlocutora da gestão com a comunidade.

A quantidade, a especificidade e a diversidade de dados e de informações demandados pelo setor saúde aumentaram e acompanharam o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias. A produção de dados e de informações (coleta, registro, análise, comunicação) é, portanto, um ponto central para o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação da atenção à saúde.

Os sistemas de informação são essenciais para a saúde pública, na tomada de decisão, para analisar e gerar ações e políticas baseadas em evidências. Um sistema de informação em saúde deve servir, dentre outras finalidades, para fornecer dados para que a rede de assistência em saúde possa desempenhar suas atividades de maneira eficaz e eficiente. Deve, ainda, facilitar a integração entre os serviços e as equipes, fornecendo informações que possam ser compartilhadas em todos os pontos

da rede.

No PMPAVV/SMS, há a proposição de ações e metas a partir de dados extraídos de diferentes sistemas de informação. Para coletar informações sobre as violências, a SMS utiliza os sistemas relacionados a seguir.

6.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

É um sistema de informação do MS que permite a extração de dados para que a vigilância em saúde possa identificar quais são as prioridades em relação a cada doença ou agravo que é de notificação compulsória, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Esse monitoramento é realizado em todas as esferas do sistema público de saúde. Cada âmbito federativo tem, em sua esfera, a responsabilidade de periodicamente acessar os bancos, analisá-los e realizar ampla divulgação do cenário epidemiológico permitindo a transparência necessária e a ampla discussão da sociedade para busca de soluções.

A partir de variações encontradas nos bancos de dados, é possível levantar hipóteses. Contudo, para orientar o trabalho de transformar informação em ação,

43
também é necessário que a vigilância proponha o uso de indicadores que expressem a realidade e permita o diagnóstico, fornecendo assim subsídios para buscar as causas e indicar riscos aos quais as comunidades estão expostas, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

6.2 Sentinela

É um *software* criado pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Porto Alegre, em conjunto com o Ministério Público do Trabalho (MPT), para fins de registro das notificações compulsórias e agravos em saúde, que devem ser comunicados à DVS. Foi desenvolvido inicialmente para ser utilizado pela vigilância em saúde do trabalhador, sendo posteriormente incorporado à vigilância epidemiológica para que os serviços possam notificar os casos de violência. Esse instrumento qualifica as informações recebidas pela DVS, uma vez que as fichas, na seção de identificação do paciente, têm as informações retiradas diretamente do sistema, sem que seja

necessário que o profissional de saúde digite ou que escreva todos estes dados.

6.3 Sistema de Informações de Mortalidade - SIM

É um sistema de base populacional, que foi criado e implantado no Brasil em 1975. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis, construir indicadores e realizar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde para desenvolvimento de políticas públicas de prevenção das principais causas de óbitos. Por meio da qualificação da causa óbito realizada pela Equipe de Vigilância de Eventos Vitais (EVEV), é possível realizar as análises necessárias para compor o panorama epidemiológico de forma qualificada, disponibilizando dados quantitativos e qualitativos que indicam a transcendência de cada doença ou agravo na população do município.

6.4 Sistema de Informação Hospitalar - SIHO

É um sistema de informação desenvolvido pela Procempa para qualificar as informações contidas nos boletins de atendimento dos Pronto Atendimentos (PA) e hospitais próprios da PMPA com o objetivo de agilizar e alinhar as informações dos

atendimentos dos serviços de urgências. Nele é possível fazer, durante a assistência, solicitação de exames, além de emitir alertas para aumentar a segurança do atendimento.

O SIHO é utilizado nos hospitais municipais Hospital de Pronto-Socorro (HPS) e Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), assim como nos PA Bom Jesus, Cruzeiro do Sul, Lomba do Pinheiro e Saúde Mental IAPI. A vigilância epidemiológica de Porto Alegre recebe alertas do sistema cada vez que um CID de notificação compulsória é digitado. Este alerta contém todos os dados do boletim de atendimento, incluindo o contato do paciente para, se necessário, realizar a busca ativa para a investigação do caso.

6.5 Sistema e-SUS

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS Atenção Básica é

um software onde todas as informações clínicas e administrativas do paciente ficam armazenadas, no contexto das US, tendo como principal objetivo informatizar o fluxo de atendimento do cidadão. Nos últimos anos o e-SUS tem sido incorporado à atenção especializada própria no município de Porto Alegre, preenchendo uma lacuna histórica de ausência de prontuário do paciente assim como oferecendo a possibilidade de visualização deste entre outros pontos da rede. Este fato tem relevância econômica e principalmente de segurança clínica do paciente.

6.6 Sistema de Informação Hospitalar - SIAH

É uma ferramenta de gerenciamento dos atendimentos hospitalares. Foi criado para pagamento das internações hospitalares, sendo também utilizado pelas diretorias para analisar dados e gerar informações para acompanhamento e vigilância das questões de saúde destas pessoas. Nesse sentido, as unidades hospitalares do SUS (públicas ou conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais, compondo um banco geral de informações junto ao DataSUS.

45

6.7 Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel

O Vigitel é uma das ações do MS para monitorar, via inquérito telefônico anual, a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. São inquéritos tanto domiciliares quanto escolares, realizados anualmente com a população adulta. Para a vigilância das violências busca-se a auto avaliação do estado de saúde, portanto neste inquérito a vigilância é referida pelo paciente.

6.8 Sistema de Gerenciamento de Marcação de Consultas- Gercon

Em 2015, com o objetivo de qualificar a regulação no município, a SMS implementou o Modelo Estratégico para a Regulação do Acesso em Porto Alegre e iniciou o projeto de desenvolvimento e implantação do Sistema do Complexo

Regulador, em parceria com a Procempa. O Sistema é composto por módulos específicos para Gerenciamento de Internações (Gerint), de Consultas e Exames (Gercon) e de Gerenciamento de Procedimentos de Alta Complexidade (Gerpac). As principais características dos sistemas estão relacionadas à utilização de protocolos de prioridade para ordenação das filas de espera (gravidade e tempo de resposta necessário para o melhor desfecho) e a interoperabilidade com os sistemas dos serviços da rede de saúde, com informações da necessidade dos casos e da capacidade de oferta dos serviços atualizadas e compartilhadas de forma *online*.

As estratégias da regulação ambulatorial em Porto Alegre vêm sendo aprimoradas e consolidadas a partir da implantação do Gercon, em 2016. São ações de Regulação do acesso às consultas especializadas e exames, integradas aos processos de autorização e controle das internações eletivas e de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade realizados nos serviços sob gestão do município de Porto Alegre (próprios e contratualizados). O uso sistematizado de informações estruturadas, padronizadas e atualizadas da demanda assistencial, a partir da implantação do Gercon, viabilizou a utilização de protocolos de regulação e de priorização do acesso baseados em dados clínicos.

46

Desde a implantação do Gercon verificou-se importantes avanços nos processos regulatórios em Porto Alegre, com a qualificação da demanda focando na necessidade dos pacientes e na priorização dos casos mais urgentes, com a melhoria no controle da oferta, e com a qualificação e transparência das informações. Além disso, com a assinatura do Termo de Cooperação Técnica com SES/RS, a partir de 2020 foram desenvolvidas e aprimoradas as funcionalidades de regionalização das referências intermunicipais no Gercon, unificando as filas de espera das especialidades e dos exames nas diferentes centrais de regulação do Rio Grande do Sul (municipais, regionais ou estadual), de acordo com as pactuações intergestores.

6.9 Sistema de Gerenciamento de Internações - Gerint

Implantado em 2018, o Gerint viabilizou o monitoramento da ocupação dos leitos por interoperabilidade com os sistemas de informações dos hospitais de Porto Alegre e a qualificação na busca por vagas a partir de um mapa de leitos em tempo real. O

registro da solicitação de internação possui campos estruturados e de preenchimento obrigatório para viabilizar a análise da necessidade assistencial (diagnóstico principal e comorbidades, procedimento indicado inicialmente, descrição caso), do tipo de leito indicado e suas especificidades (isolamento, suporte respiratório), escore de gravidade e prioridade, entre outros.

6.10 Interoperabilidade

Interoperabilidade é a capacidade de diferentes sistemas, dispositivos ou aplicativos trocarem informações entre si de forma eficiente e com maior transparência. O sistema Sinan, que concentra as informações sobre a violência no SUS, não possui interoperabilidade com nenhum dos demais sistemas utilizados pela saúde pública, ou quaisquer outros sistemas, dificultando a consolidação de indicadores úteis às análises epidemiológicas. Na área da saúde, a interoperabilidade permite que diferentes sistemas de registros eletrônicos possam compartilhar informações de pacientes, possibilitando que os profissionais tenham acesso a informações acessíveis e atualizadas para tomada

47

de decisões tornando eficaz e rápido o acesso à informação sobre as violências do município.

7. Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

A sociedade brasileira é historicamente desigual; ou melhor, sua estrutura é fundada em uma série de relações desiguais, as quais atravessam os diferentes sujeitos. Em razão disso, é possível afirmar que, tal como ocorre em outras instâncias da vida social, a violência atravessa os sujeitos de distintas maneiras, a depender dos seus diferentes atributos sociais. Os dados apresentados neste plano apontam para uma maior vulnerabilização e uma maior propensão à vitimização de certos estratos populacionais. Diante deste contexto, procura-se explicitar o panorama atual de certas

populações no município de Porto Alegre.

Antes, contudo, faz-se necessário ressaltar que a opção por detalhar a situação de populações vulnerabilizadas está relacionada ao conceito de equidade. Por equidade, entende-se a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social. Para isso, é preciso reconhecer necessidades específicas dos diferentes sujeitos e grupos sociais e, assim, dar tratamentos diferenciados, tanto no sentido de analisar e monitorar a situação desses grupos, quanto no de incluir e garantir acesso, aos sujeitos e às coletividades estruturalmente vulnerabilizadas, aos serviços de saúde.

O município de Porto Alegre está inserido em um contexto mais amplo. Logo, as iniquidades também fazem parte, de forma desigual, da realidade das populações no estado do Rio Grande do Sul e, mais particularmente, da capital do estado. Em razão disso e para enfrentar as barreiras de acesso aos serviços de saúde considerando as iniquidades que afetam de forma distinta os grupos populacionais de acordo com suas especificidades, o município de Porto Alegre conta com um corpo técnico multidisciplinar.

Para atender à especificidade de diferentes grupos populacionais, o Núcleo de Equidades (NEq) da Coordenação de Políticas Públicas em Saúde (CPPS) é dividido em cinco áreas técnicas: Área Técnica da Saúde da População Negra (que também atende

48
às comunidades quilombolas); Área Técnica da Saúde das Pessoas Imigrantes, Refugiadas e Apátridas; Área Técnica das Pessoas em Situação de Rua; Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; Área Técnica da Saúde da População LGBTQIAP+. Ademais, a CPPS também conta com outros núcleos que, em interlocução com as áreas do NEq, operam para enfrentar as dificuldades de acesso e atendimento que são resultantes das desigualdades estruturais.

Além da CPPS, da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, outras áreas da SMS do município atuam de forma complementar visando atender ao conceito ampliado de saúde ao incluir a pauta das iniquidades nos processos de trabalho. Essas áreas incluem a Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, a Direção de Regulação, a Coordenação de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS,

Hepatites Virais e Tuberculose, bem como a Diretoria de Vigilância em Saúde (que atuam com a perspectiva da saúde única e dos Distritos Sanitários de Saúde - DSS), entre outras. O desafio colocado, portanto, está no alinhamento entre todas as áreas da SMS e a convergência visando a atuação de acordo com as iniquidades colocadas para os grupos populacionais do município, a partir do princípio legal da “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (Lei Federal 8080/90) e outras formas avaliativas validadas a partir das áreas técnicas do NEq e CPPS.

Considerando o entendimento atual sobre os DSS, reconhece-se as influências entre condicionantes (Wilderink, Bakker, Schuit et al, 2022; OMS, 2010), potencializando-os ou amenizando-os sobre os grupos sociais. A ênfase nas condições sociais e relacionais, além das condições individuais bem delineadas no modelo inicial proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), são colocadas como fundamentais para entender o impacto real de cada condicionante sobre cada população específica. Desta forma, o conjunto dos DSS precisa ser delineado e considerado na definição da política pública de saúde, contemplando os condicionantes individuais, comportamentais, relacionais, coletivos e estruturais e suas Inter relações, de forma a obter uma compreensão mais completa dos determinantes da saúde.

49

Para cada tipo de violência, a análise sobre os principais condicionantes e determinantes em saúde deve direcionar as ações preventivas e de promoção da vida. A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais refletem os níveis de saúde do país (BRASIL, 1990). Assim, considera-se basilar tomar como um dos pontos de partida os determinantes de saúde para a análise e o enfrentamento das violências.

Dessa forma, em respeito às necessidades, diversidades e especificidades do sujeito e de diferentes grupos sociais, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida. Por isso, só é possível entender o conceito de equidade se o de saúde for percebido de maneira ampliada, e

não como ausência de doença. Em Porto Alegre, o desafio é garantir acesso a essas populações respeitando suas especificidades. Quando se trata de políticas públicas em saúde, a complexidade ou a abrangência de determinadas diretrizes podem indicar a necessidade de definição de estratégias básicas e amplas que orientem a forma como elas serão implementadas. É importante compreender que uma população vulnerabilizada necessita de uma estratégia própria para conseguir acessar os serviços de saúde e que há sujeitos que podem ser compreendidos como parte de dois ou mais desses grupos.

Portanto, não é porque duas populações específicas enfrentam barreiras de acesso que as estratégias tenham que ser similares. Pelo contrário, cada população necessita de uma perspectiva ajustada à sua realidade. Nesse sentido, as estratégias também devem ser revisadas e, eventualmente, alteradas ao longo do tempo. Pois, uma mesma população, por dinâmicas sociais próprias ou pela alteração do contexto mais amplo, pode precisar de projetos, métodos e ações diferentes, que variem ao longo do tempo. Logo, as metas e as ações delineadas para cada grupo podem ser significativas diferentes das de outro.

A partir desse quadro, é patente que essas populações específicas e vulnerabilizadas, em termos estruturais, também enfrentem dificuldades no atendimento e no encaminhamento das questões relacionadas ao fenômeno da violência e,

50
especificamente, no registro e no monitoramento das violências sofridas por esses sujeitos. Por isso, o PMPAVV/SMS foi construído para colocar em relação os formuladores de políticas públicas de saúde e os serviços de saúde que manejam, diariamente, os casos de violências e as notificações relacionadas às populações socialmente vulnerabilizadas.

7.1 Crianças e Adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu artigo 2º, considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos e adolescente, a pessoa com idade entre 12 e 18 anos. A Lei nº 8.069/90, que regulamenta o artigo 227 da Constituição

Federal, introduzindo o conceito da proteção integral, assegura a todas as crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano e o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 1990). Isso decorre da Declaração Universal dos Direitos da Criança da ONU de 1959, que inaugurou uma nova forma de pensar a criança e o adolescente, dando-lhes um tratamento diferenciado e prioritário por serem indivíduos em desenvolvimento.

A OMS reconhece a violência envolvendo crianças e adolescentes como um agravo de grande magnitude e um desafio à saúde pública, responsável por mais de 1,3 milhão de mortes a cada ano. Além disso, em dados globais, representa a quarta causa de morte na população geral e a principal entre pessoas de 15 a 44 anos de idade (WHO, 2014).

As crianças e os adolescentes, por se encontrarem em um estágio imaturo de desenvolvimento, são as vítimas mais vulneráveis à violência (MASCARENHAS *et al*, 2010). Esse fenômeno se manifesta de diversas formas, seja por meio da negligência, abandono, maus tratos, agressões físicas, psicológicas, sexuais, autoprovocadas, entre outras. As consequências decorrentes da sua exposição, muitas vezes, são irreversíveis e implicam em danos físicos, psicológicos e intelectuais, causando prejuízos no seu crescimento e no pleno desenvolvimento.

Frente a esse contexto, alguns preceitos legais surgem no intuito de prevenir e reduzir a ocorrência dos episódios de violência. No Brasil, com a Constituição Federal

de 1988, a legislação avançou sobremaneira no combate a qualquer forma de tratamento desumano e na garantia dos direitos das crianças e adolescentes (BRASIL, 1988). Em seu artigo 227º, expressa o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, a autonomia, os valores, as ideias e o direito de opinião da criança e do adolescente (BRASIL, 1988).

Em vista disso, com o advento do ECA, foi assegurado a todas as crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano, o exercício pleno da cidadania e conferida maior abrangência ao direito de proteção e atenção integral à população nessa faixa de idade (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, o MS publicou a portaria nº 1.968/2001, que estabeleceu a notificação compulsória às

autoridades

competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos em serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Cabe ressaltar que, embora o ECA considere crianças os indivíduos na faixa etária de zero a 12 anos incompletos, e adolescentes, aqueles com idade entre 12 e 18 anos, o MS adota a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta definição, para fins de notificação no VIVA, entende crianças como indivíduos de 0 a 9 anos e adolescentes aqueles de 10 a 19 anos (BRASIL, 2016).

Num panorama global, ressalta-se a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989. Esse instrumento de direitos humanos foi aprovado por 196 países, sendo ratificado no Brasil em 24 de setembro de 1990 (UNICEF, 1989). No país, destaca-se, a Lei “Menino Bernardo”, caracterizada na Lei 13.010/2014, alterando o ECA, reacendendo a discussão no sentido de estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante (BRASIL, 2014).

Diante disso, a notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes, expressa-se para além da mensuração do fenômeno, mas também, como uma oportunidade de intervenção precoce que tenciona romper com as situações de violência na vida futura desses indivíduos, assim como minimizar os efeitos decorrentes desses atos. Desta forma, pretende-se colaborar para a construção de linhas de cuidado em saúde que dialoguem com a rede intersetorial e acima de tudo proporcionem espaços

52
seguros e privilegiados para interação social, debates sobre a temática e medidas eficazes de prevenção e proteção às crianças e adolescentes, por meio da efetiva participação dos trabalhadores dos serviços de saúde nas reuniões de Rede de Proteção da Criança e Adolescente dos territórios, descrito no anexo 13.3 deste documento.

A OMS divide os tipos de violência que ocorrem mais frequentemente em crianças e adolescentes em 6 grupos principais: maus tratos, *bullying*, abuso sexual,

violência doméstica, violência psicológica e violência autoprovocada. Reitera-se que uma criança ou um adolescente pode sofrer mais de um tipo ou natureza de violência, especialmente em situações crônicas e graves, inclusive porque muitas dessas situações se relacionam. Por exemplo, a violência física ocorre, na maioria das vezes junto com a violência psicológica; e uma criança que sofre violência sexual e psicológica em casa pode também ser envolvida em situação de exploração sexual.

7.1.1 Estratégias para o enfrentamento à violência

1. Criação e fortalecimento do vínculo familiar: A criança que cresce em um meio familiar fortalecido por laços de afeto está menos sujeita a sofrer violência, portanto é importante que as estratégias de formação precoce do vínculo familiar pertinentes à atenção primária sejam desenvolvidas pelos profissionais de saúde, bem como as ações que se referem ao atendimento nas maternidades. Diversas abordagens podem ser implementadas nas diferentes fases da infância, conforme exemplificado a seguir.

No pré-natal pode-se orientar sobre a importância de conversar e cantar para o bebê, acariciar a barriga e proporcionar outras demonstrações de afeto, atitudes as quais abrem caminho para a formação do vínculo. No parto e no puerpério pode-se facilitar o contato imediato entre os pais e o recém-nascido, bem como a amamentação na primeira hora de vida. O contato pele a pele transmite amor e segurança ao bebê: abraçar, aninhar, aconchegar, massagear seu corpo, olhar em seus olhos, falar com ele, tudo isso são maneiras de vinculação com o bebê.

O contato carinhoso entre os pais e o bebê é indispensável para o desenvolvimento do vínculo, especialmente quando se torna necessária a internação em

53

UTI Neonatal. Estratégias neste sentido são fundamentais e os serviços de saúde devem promover espaços de orientação e de execução destas ações.

Na maternidade, a aplicação do “Método Canguru” é uma ótima oportunidade de promover o vínculo entre a família e o bebê. A OMS define o Método Canguru como o cuidado do recém-nascido de baixo peso, após estabilização inicial, pele a pele com a

mãe, iniciado precocemente e mantido de forma contínua e prolongada. É indicado para o recém-nascido prematuro ou de baixo peso estável, que necessita de proteção térmica, alimentação adequada, observação frequente e proteção contra infecções.

O diagnóstico precoce de depressão pós-parto e seu tratamento devem ser prioridades nos serviços de atenção básica em saúde. A depressão pós-parto prejudica a formação do vínculo mãe e bebê e influencia o comportamento materno, tendo reflexo direto nos cuidados com a criança e desfechos que podem prejudicar o desenvolvimento infantil e ser uma janela para a violência, principalmente, na forma de negligência.

Nos primeiros anos de vida, durante as consultas de puericultura, a observação da qualidade das interações entre os membros da família e a criança pequena oferece oportunidades de abordar sobre a importância da estimulação precoce para o desenvolvimento neuropsicomotor e das competências da criança. O profissional pode orientar sobre proteção contra acidentes, esclarecendo a respeito de formas seguras de explorar o ambiente e da importância de brincar, estimular a curiosidade e a criatividade.

Vínculos seguros facilitam a formação da autoestima, da resiliência e da visão positiva do mundo. Vínculos pouco amorosos ou inseguros conduzem a problemas emocionais posteriores. O vínculo seguro significa amor com sensibilidade, aconchego, sintonia, reparar rupturas, e negociar caminhos de vida atravessando adversidades e superando obstáculos.

2. Educação para a prática da disciplina livre de violência: Os profissionais de saúde devem orientar sobre a importância da rotina de refeições, sono e banho para a educação e desenvolvimento infantil. É importante elogiar o bom comportamento e estabelecer regras familiares. Também deve-se informar que o choro é um instrumento de comunicação na etapa pré-verbal que comunica necessidades que precisam ser atendidas.

A educação dos cuidadores sobre as fases de desenvolvimento e as demandas do bebê e da criança, ajuda a diminuir frustrações e a dimensionar de forma mais realista as expectativas sobre a capacidade de entendimento da criança e a traduzir

melhor seus comportamentos. Deve-se ainda orientar sobre a importância de colocar limites com firmeza, de forma amorosa e serena. Dar palmadas torna a disciplina menos eficaz, enviando mensagens contraditórias: você bate para ensinar a não bater.

Para ajudar a criança a canalizar positivamente a agressividade e não se expressar de forma violenta e destrutiva, é preciso que os adultos empreguem maneiras firmes, porém não violentas, para educá-la. A educação dos filhos requer paciência: aprender o que pode e o que não pode ser feito, compreender as regras familiares e as normas sociais depende da repetição e da consistência na transmissão das mensagens. Porém, depende ainda mais do amor com que elas são transmitidas e do exemplo de quem está passando a mensagem.

3. Educação sexual: A violência sexual também deve ser trabalhada preventivamente, junto aos familiares, crianças e adolescentes. É possível abordar, com linguagem apropriada a cada faixa etária, o tema da sexualidade e dos toques corporais socialmente adequados e inadequados entre uma criança e alguém mais velho do que ela ou adulto.

4. Educação para a promoção da cultura de paz: A Lei 13.663/2018 inclui, entre as atribuições das escolas, a promoção da cultura da paz e medidas de conscientização, prevenção e combate a diversos tipos de violência, como o *bullying* (BRASIL, 2018). Adolescentes devem ser sensibilizados sobre a violência. É efetivo o engajamento em grupos que fornecem informações sobre direitos e proteção. Adolescentes podem ser educados para técnicas de resolução de conflitos, bem como podem aprender maneiras apropriadas de reagir em situações tensas. Eles também podem se beneficiar sendo inseridos em programas e atividades de atendimento à comunidade.

As escolas devem investir em formação na prevenção de *bullying* com atividades de orientações e dinâmicas dirigidas a crianças e adolescentes. Os alunos também devem ser estimulados a informar sobre os casos. Algumas ações efetivas no combate ao *bullying* são: reconhecer e valorizar as atitudes no combate ao problema; criar regras

55
de disciplina com os estudantes para a classe em coerência com o regimento escolar; estimular lideranças positivas entre os alunos; interferir diretamente nos grupos, o quanto antes, para quebrar a dinâmica do *bullying*. Este tópico é de extrema

importância, para reflexão e discussão em um plano de enfrentamento a violência, assunto sério com necessidade de ser enfrentado e combatido, pois na prática as escolas do município não realizam as notificações quando as situações de violência ocorrem, o que repercute em não termos dados de racismo nas escolas de Porto Alegre, pelo Sinan, de 2017 a 2022. Há registrados somente 2 casos de racismo no ambiente escolar, o que identifica subnotificação dos casos.

5. Identificação de violência: Os sinais da violência nem sempre se apresentam de forma clara e traduzem consequências distintas as quais refletem a etapa do desenvolvimento na qual se encontra a criança ou adolescente. Quanto mais precoce, intensa ou prolongada a situação de violência, maiores e mais permanentes serão as sequelas. É importante saber que, em qualquer idade, nem sempre os sintomas são bem definidos. O que ocorre é que eles irão se acumulando e se potencializando à medida que progride a violência e/ou a ausência de enfrentamento.

Todo profissional de saúde tem momentos especiais de contato com as crianças, os adolescentes e suas famílias: recepção, vacina, curativos, farmácia, grupos de educação em saúde, consulta médica, odontológica, de enfermagem e psicológica, visita domiciliar, dentre outros. Esses momentos são oportunos e criam condições favoráveis para que se observe a existência de sinais e sintomas que possam ser resultantes de uma situação de violência. Profissionais de saúde devem buscar os sinais da ocorrência de violência e/ou os fatores de risco para violência em todas as consultas de rotina por meio de anamnese e exame físico.

As perguntas para avaliação variam de acordo com a idade da criança e seu grau de desenvolvimento. Na maioria dos casos, as crianças podem ser interrogadas diretamente sobre se envolveram ou testemunharam episódios de violência. Algumas alterações de comportamento, como a queda abrupta no desempenho escolar, podem ser um sinal indireto de violência. As crianças e adolescentes com doenças crônicas ou

56
com deficiências estão mais sujeitas a sofrer violência, tanto pela menor capacidade de comunicação, quanto pela disponibilidade de diversos tipos de medicamentos em casa. Os adolescentes podem ser interrogados sobre o envolvimento em brigas, presença de

machucados, violência sexual, ameaças ou necessidade de autodefesa. Profissionais de saúde devem ainda interrogar sobre a sua participação em programas de contraturno, atividade física ou espiritual. Na avaliação de adolescentes, considera-se de baixo risco os adolescentes que frequentam escola e não estão envolvidos em brigas e não usam drogas. São considerados de risco moderado os adolescentes que frequentam escola, porém usam drogas ou se envolvem em brigas e de alto risco aqueles que abandonaram a escola e estão envolvidos com brigas e uso de drogas. Adolescentes de alto risco para violência devem ser avaliados para acompanhamento em saúde mental (depressão, estresse pós-traumático, uso de drogas) e demais equipamentos de proteção social.

Os sinais de sofrimento decorrentes da violência podem ser notados mesmo quando ainda não existe o controle da linguagem pela criança, que reage de acordo com as suas possibilidades de entendimento, absorção e elaboração da situação. Sintomas de depressão, baixo rendimento escolar, ansiedade e agressividade são muito comuns em crianças e adolescentes que vivem situações de violência. Esses sintomas são mais facilmente identificados na adolescência, embora ocorrem com frequência na infância, muitas vezes com sinais inespecíficos ou desvalorizados.

Dentre os agravos de saúde mental decorrentes da violência, destaca-se também o transtorno de estresse pós-traumático. Esse transtorno se manifesta por medo intenso, impotência ou horror, com revivência do episódio violento através de recordações e sonhos aflitivos, sofrimento e fuga de situações relacionadas àquele evento. Nesse sentido, o quadro abaixo descreve as alterações comportamentais frequentes em crianças e adolescentes vítimas de violência.

Quadro 1. Alterações comportamentais frequentes em crianças e adolescentes vítimas de violência.

Sinais de violência	Lactentes	Crianças	Adolescentes
Choros sem motivo aparente	x	x	x
Irritabilidade frequente, sem causa aparente	x	x	x
Olhar indiferente e apatia	x	x	x

Tristeza constante x x x

Demonstrações de desconforto no colo	x		
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites		x	x
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas	x	x	
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes	x		
Distúrbios de alimentação		x	x
Enurese e encoprese		x	x
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala		x	
Distúrbios do sono	x	x	x
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento		x	x
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico	x	x	x
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	x	x	x
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola		x	x
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade		x	x
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações		x	x
Pesadelos frequentes, terror noturno		x	x
Tiques ou manias		x	x
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas		x	x
Baixa autoestima		x	x
Automutilação, desejo de morte e tentativa de suicídio		x	x
Déficit de atenção		x	x
Sintomas de hiperatividade		x	x
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes		x	x

Na avaliação da criança vítima de violência, pode ser difícil a diferenciação das lesões traumáticas de origem acidental ou provocada. Entretanto, alguns dados na história de vida, alguns comportamentos ou sinais físicos são indicativos de violência e devem ser avaliados. O atraso na procura de atendimento ao trauma deve ser interpretado como um sinal, no mínimo, de negligência e/ou de tentativa de ocultação da violência.

Histórias inconsistentes ou conflitantes entre os responsáveis, ou entre eles e a criança, para explicar o trauma, ou mesmo que vão sendo contadas de formas diferentes com o decorrer do tempo, devem sempre indicar a necessidade de maior investigação da situação. Deve-se suspeitar de violência sempre que houver lesões ditas como “acidentais” que não são compatíveis com a idade ou desenvolvimento psicomotor da criança, que não podem ser explicadas pelo acidente relatado, lesões em vários estágios

58

de cicatrização ou cura, bilaterais ou simétricas, ou em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo.

O profissional da saúde ao avaliar a criança ou o adolescente deve estar atento para os sinais frequentes de violência, seja ela física ou sexual ou ainda a ocorrência de negligência. A descrição dos sinais mais frequentes e sua suspeição e/ou identificação, estão descritos no material disponível na BVAPS. Neste sentido, é fundamental proceder a notificação a fim de buscar formas precoces de interrupção das situações que porventura estejam ocorrendo.

Em relação à rede de atenção para acompanhamento de crianças em situação de violência, identifica-se a necessidade de qualificar e ampliar o atendimento para crianças e adolescentes em todos os componentes da RAPS. Os serviços direcionados a essa população estão restritos aos EESCA's e a três CAPSi na modalidade II, que têm sido insuficientes para atender a demanda. Há, portanto, necessidade da reorientação do modelo de atenção psicossocial às crianças e adolescentes, com a ampliação da cobertura de CAPSi, exercendo a sua atribuição de coordenador do cuidado.

Faz-se necessária a implantação de CAPSi na modalidade III, também como forma de qualificar o atendimento às situações de emergência em saúde mental na infância e na adolescência. A ampliação da rede para atendimento à infância também permitirá que os CAPSi possam funcionar de portas abertas, sem necessidade da regulação de primeiras consultas, agilizando o atendimento e abreviando possíveis agravamentos das patologias mentais, permitindo um trabalho de base comunitária, territorial e matricial mais qualificado. Cabe ressaltar que foram realizados dois chamamentos públicos para a implantação de CAPSi, que restaram desertos.

Segundo dados da equipe de acolhimento institucional da FASC, estima-se que mais de 50% das crianças, adolescentes e jovens adultos acolhidos necessitam de cuidados especializados em saúde mental, e que quase a totalidade faz uso de medicação psicotrópica. Essa realidade justifica a assistência programada e estratégica junto à atenção primária e aos serviços especializados nos territórios. Tal necessidade não difere, quando se trata de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, em que a condição da própria medida é potencial para o sofrimento e o adoecimento

psíquico. O cuidado de crianças e adolescentes deve ser pautado na lógica da integralidade, da territorialidade e da intersetorialidade objetivando o fortalecimento das ações de promoção e prevenção, numa linguagem contemporânea.

7.1.2 Trabalho infantil

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o trabalho infantil é ilegal e priva crianças e adolescentes de uma infância adequada, as impedindo não apenas de frequentar a escola e estudar, mas também de desenvolver de maneira digna todas as suas capacidades e habilidades, de acordo com sua condição de pessoa em desenvolvimento. Este cenário configura uma situação de desproteção social, uma vez que expõe crianças e adolescentes a ambientes violentos e inseguros. Além de resultar em riscos e danos à saúde, sejam esses de ordem física e/ou psicológica. Apesar de seu caráter complexo e multifacetado, quando se trata do contexto urbano, evidencia-se que as suas principais causas dizem respeito à condição

de pobreza e de insegurança alimentar que atinge grandes parcelas da população brasileira (REIS e CABRAL, 2022).

O ECA em seu Artigo 60 estabelece que é proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz (BRASIL, 1990). O Artigo 63 descreve que a formação técnico-profissional obedecerá aos princípios da garantia de acesso e frequência obrigatória ao ensino regular, atividade compatível com o desenvolvimento do adolescente e horário especial para o exercício das atividades. (BRASIL, 1990) No Artigo 65, está descrito que, ao adolescente aprendiz, maior de quatorze anos, são assegurados os direitos trabalhistas e previdenciários (BRASIL, 1990).

O Protocolo de Gestão Intersetorial do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI-POA) apresenta orientações técnicas para ações intersetoriais referentes à prevenção, identificação e acompanhamento das situações de trabalho infantil. Para o eixo Saúde estão previstas ações, sempre desenvolvidas de forma intersetorial. Neste sentido é fundamental destacar a necessidade de registrar de modo formal, por meio das fichas de notificação, as ocorrências de trabalho infantil, também a execução de ações de educação permanente dos trabalhadores da atenção primária para os impactos do

60
trabalho infantil, os direitos das crianças, a legislação sobre o trabalho infantil e os impactos sobre o desenvolvimento infantil e a saúde do infante.

Na identificação de situação de trabalho infantil é fundamental que o serviço que identificou a situação leve o caso para discussão nas reuniões de microrrede com os atores do território em defesa dos direitos da criança e do adolescente. Os territórios que possuem populações indígenas, quilombolas ou imigrantes devem estar atentos para encaminhar as ações conforme a realidade do público atendido. O plano deve contemplar o encaminhamento para o CadÚnico, verificação da frequência escolar e acompanhamento de saúde. O diagnóstico deve ser construído coletivamente e a natureza da situação orientará a definição do encaminhamento:

1. A abordagem direta das piores formas de trabalho infantil (tráfico e exploração sexual), não é de competência das políticas de proteção e, sim, da

Política de Segurança Pública, em articulação com o Conselho Tutelar. Casos desta natureza devem ser encaminhados via disque 100 (denúncia anônima). Bem como, encaminhado para discussão e articulação com a rede intersetorial e o Fórum de Segurança, para construção de plano de ação no território.

2. As situações de trabalho infantil, no âmbito da rua, devem ser remetidas às equipes do Serviço de Abordagem/Ação Rua, da Assistência Social. **3.** Nas situações de trabalho informal, quando for possível identificar um responsável (mandatário), a denúncia deverá ser encaminhada ao Ministério Público do Trabalho (MPT). Para tanto, esta deve ser acompanhada de elementos de identificação (placa do carro, foto da mercadoria, panfletos, identificando local e pessoa, tipo de trabalho e outros).

4. As demais situações seguem o fluxo já citado acima; reuniões de microrede, a partir do serviço que identificou a situação de trabalho infantil (trabalho doméstico, domiciliar e outros).

7.1.3 Gravidez na adolescência

A Lei 12.015/2009, que dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual e liberdade sexual, prevê no seu artigo 218 que induzir alguém menor de quatorze anos a

61
manter relações sexuais é considerado crime sexual contra vulnerável (BRASIL, 2009). Neste sentido, as gestações diagnosticadas em meninas menores de 14 anos devem ser notificadas, como suspeita de violência sexual, no intuito de averiguar os fatos, qualificar o cuidado à adolescente e ofertar a interrupção legal da gestação considerando a qualidade de estupro de vulnerável. O atendimento para solicitantes de aborto legal deve seguir as orientações da portaria nº 1.508/2005, de procedimento ao aborto legal e da norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, com o encaminhamento aos hospitais de referência.

O atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violências pressupõe algumas ações fundamentais para que sejam efetivas na proteção das mesmas: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de atenção à saúde e

proteção social. As situações de violência devem ser notificadas por meio da ficha do Sinan e comunicado o caso ao Conselho Tutelar, para acompanhamento ou a tomada de medidas protetivas. A ficha do Sinan pode ser preenchida por qualquer profissional da equipe ou da gestão da Unidade de Saúde e não precisa ser assinada pelo profissional, pode ser identificada pela CNES da Unidade de Saúde.

7.2 Violência na fase adulta da vida (18 a 59 anos)

Este plano propõe abordar a violência da fase adulta a partir de uma perspectiva de gênero: violência de gênero contra as mulheres e um olhar sociocultural sobre os homens e a violência. De acordo com Njaine e colaboradores (2020):

“Estudos vêm mostrando que homens e mulheres sofrem violência de gênero. O homem pode cometer violências contra outros homens e contra si próprio para afirmar sua masculinidade. Pode também ser aprisionado, sem perceber, pelas cobranças sociais que o colocam em constante tensão e em permanente necessidade de ter que demonstrar a sua masculinidade (GOMES, MINAYO, SILVA, 2005) [...] as relações violência-gênero, atravessadas por questões de classe social, raça/etnia, geração e de filiação a grupos, podem fazer com que homens e mulheres se envolvam em atos violentos, como vítimas ou como autores, para afirmar identidades masculinas e femininas, socialmente construídas.” (NJAINÉ et al., 2020, p.206)

A violência de gênero se define como qualquer tipo de agressão física, psicológica, sexual ou simbólica contra alguém em situação de vulnerabilidade devido a

62
sua identidade de gênero ou orientação sexual. A masculinidade, situada no âmbito do gênero, representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera de um homem em uma determinada cultura (KEIJZER, 2003). Perante esse cenário, questiona-se por que são os homens os principais atores envolvidos em situações de violência, tanto como agressores quanto como vítimas. Considerando a questão com um

olhar sociocultural, é provável que a conclusão seja de que isso pode ocorrer, porque eles são influenciados por características presentes em modelos culturais de masculinidades. Contudo, vale lembrar que homens e minorias sexuais e de gênero também podem ser alvos dessas agressões.

O gráfico abaixo reforça a discussão através dos dados apresentados referentes

aos atendimentos por violência pelo SAMU em que o número de violências é sempre maior no sexo masculino. Também quando avaliamos por tipo de agressão o maior número é no sexo masculino, exceto nas tentativas de suicídio/intoxicação exógena que ocorrem na sua maioria no sexo feminino.



Fonte: SAPH/SAMU. FAB: ferimento por arma branca. FPAF: ferimento por arma de fogo. TS: tentativa de suicídio. F: Feminino. M: Masculino. Tipo comprovado (após a chegada da ambulância e avaliação do paciente).

Em uma pesquisa que buscou investigar a violência de gênero em que a mulher é a agressora e o homem é a vítima, MACHADO E ARAÚJO (2003), consideram violência de gênero, a violência interpessoal que acontece entre um homem e uma mulher, entre mulheres ou entre homens, envolvidos em relações de poder e dominação opressão. Afirmam que a violência de gênero, embora aconteça predominantemente no espaço doméstico e familiar, não se restringe a eles, ocorrendo também na esfera pública, nas relações sociais, afetivas e sexuais, e no mundo do trabalho.

As relações de gênero não são necessariamente relações complementares onde o homem domina e a mulher se submete, mas sim relações dialéticas onde o poder se articula de acordo com um campo de forças, de forma que homens e mulheres detêm poderes embora de forma desigual, e, para exercerem tais poderes, ambos lançam mão de diferentes estratégias de dominação-opressão.

A violência sexual e de gênero ocorrida contra mulheres e meninas é atualmente alvo de pesquisas, campanhas e documentação como uma situação de saúde e que deve ser combatida mas é necessário observar e direcionar políticas públicas de