
A violência no contexto da pandemia da covid-19: análise das notificações compulsórias em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco

Violence in the context of the covid-19 pandemic: analysis of compulsory notifications in health in hospital units in the state of Pernambuco

Violencia en el contexto de la pandemia covid-19: análisis de notificaciones obligatorias en salud en unidades hospitales del estado de Pernambuco

Wilma Figueiredo Agra¹

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa e quantitativa, cujo objetivo é realizar uma análise crítico-reflexiva sobre a violência no contexto da pandemia a partir das notificações compulsórias em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco. A pergunta norteadora da pesquisa foi: “Em que medida as notificações compulsórias de violência em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco revelam tal violência durante a pandemia da covid-19?”. Para tanto, partiu-se da compreensão que a violência é um indicador de agravo à saúde e, portanto, sua existência deve ser notificada pelas unidades hospitalares para que, políticas de enfrentamento possam ser formuladas e executadas. A pesquisa foi elaborada a partir da análise quantitativa e comparativa dos números de notificações de violência interpessoal/autoprovocada do período anterior a pandemia e durante a pandemia nas plataformas CIEVS-PE e DataSUS-PE, além disto, foram investigadas as fragilidades das notificações a partir da pesquisa bibliográfica aliada à experiência prática da

¹Pós graduada em Saúde Coletiva pela Facuminas, Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional pela Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes-PE, Email: wilmaf.agra@gmail.com.

pesquisadora na residência multiprofissional em urgência, emergência e trauma. Os resultados confirmaram as expectativas da pesquisa indicando que a violência aumentou durante a pandemia de covid-19, embora as notificações tenham diminuído em comparação ao período anterior a pandemia, confirmando o baixo número de notificações. Complementar as subnotificações, outras fragilidades foram encontradas como os problemas que afastam as equipes de saúde a efetivarem a notificação e que, conseqüentemente levam a subnotificação e o déficit nas políticas de enfrentamento que se devem, em parte, às estatísticas de notificação de violência que não são fidedignos à realidade. Concluiu-se que as notificações de violência apresentam importantes fragilidades, que foram intensificadas na. Sobre isto, indica-se que os problemas relativos às notificações sejam tratados para o efetivo enfrentamento da violência.

Palavras-chave: Violência; Notificações compulsória; COVID-19

ABSTRACT

This is an exploratory research, with a qualitative and quantitative approach, whose objective is to carry out a critical-reflexive analysis of violence in the context of the pandemic based on compulsory health notifications in hospitals in the state of Pernambuco. The guiding question of the research was: "To what extent do the compulsory notifications of health violence in hospital units in the state of Pernambuco reveal such violence during the covid-19 pandemic?" Therefore, it started from the understanding that violence is an indicator of health problems and, therefore, its existence must be notified by hospital units so that coping policies can be formulated and executed. The research was elaborated from the quantitative and comparative analysis of the numbers of notifications of interpersonal/self-inflicted violence from the period before the pandemic and during the pandemic on the CIEVS-PE and DataSUS-PE platforms, in addition, the weaknesses of the notifications were investigated from from the bibliographic research combined with the researcher's practical experience in the multiprofessional residency in urgency, emergency and trauma. The results confirmed the research expectations indicating that violence increased during the covid-19 pandemic, although notifications have decreased compared to the period before the pandemic, confirming the low number of notifications. Complementing the underreporting, other weaknesses were found, such as the problems that prevent health teams from carrying out the notification and that, consequently, lead to underreporting and the deficit in coping policies that are due, in part, to the statistics of notification of violence that do not reality is reliable. It was concluded that the reports of violence have important weaknesses, that were intensified in. In this regard, it is indicated that problems related to notifications are addressed in order to effectively confront violence.

Keywords: Violence; Compulsory notifications; COVID-19

RESUMEN

Se trata de una investigación exploratoria, con enfoque cualitativo y cuantitativo, cuyo objetivo es realizar un análisis crítico-reflexivo de la violencia en el contexto de la pandemia a partir de las notificaciones sanitarias obligatorias en los hospitales del estado de Pernambuco. La pregunta orientadora de la investigación fue: “¿En qué medida las notificaciones obligatorias de violencia sanitaria en las unidades hospitalarias del estado de Pernambuco revelan dicha violencia durante la Pandemia de la Covid-19?” Por lo tanto, partió del entendimiento de que la violencia es un indicador de problemas de salud y, por lo tanto, su existencia debe ser notificada por las unidades hospitalarias para que se formulen y ejecuten políticas de enfrentamiento. La investigación fue elaborada a partir del análisis cuantitativo y comparativo de los números de notificaciones de violencia interpersonal/autoinfligida del período anterior a la pandemia y durante la pandemia en las plataformas CIEVS-PE y DataSUS-PE, además de las debilidades de las Se investigaron las notificaciones a partir de la investigación bibliográfica combinada con la experiencia práctica del investigador en la residencia multiprofesional en urgencia, emergencia y trauma. Los resultados confirmaron las expectativas de la investigación que indican que la violencia aumentó durante la pandemia de COVID-19, aunque las notificaciones disminuyeron en comparación con el período anterior a la pandemia, lo que confirma el bajo número de notificaciones. Complementando el subregistro, se encontraron otras debilidades, como los problemas que impiden a los equipos de salud realizar la notificación y que, en consecuencia, conducen al subregistro y al déficit de políticas de afrontamiento que se debe, en parte, a las estadísticas de notificación de violencia que no la realidad es fiable. Se concluyó que los reportes de violencia tienen debilidades importantes, que se intensificaron en. Al respecto, se indica que se abordan los problemas relacionados con las notificaciones para enfrentar de manera efectiva la violencia.

Palabras clave: Violencia; Notificaciones obligatorias; COVID-19

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) surge com a volta do Estado democrático de direito no marco da criação da Constituição Federal de 1988. Nesse momento, a saúde passa a ser considerada um direito fundamental de todos e de acesso universal e igualitário, com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde¹. O SUS é inaugurado pela Lei 8.080/90 que tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização,

regionalização e hierarquização dos serviços de saúde². O SUS garante o acesso gratuito da população aos serviços de saúde e está alinhado com diversos preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU), é considerado um sistema de saúde de referência internacional³.

O SUS é ativo “[...] na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos”¹, portanto está diretamente ligado às ações de enfrentamento de condições que provoquem o agravo à saúde como a violência. O fenômeno da violência é um problema grave de saúde pública, entretanto, pode haver condições que agravam sua ocorrência⁴.

Em janeiro de 2020 a OMS⁵ declarou que o surto do novo vírus SARS-CoV-2 causador da covid-19 constituiu uma emergência de saúde pública de importância internacional. Devido às proporções que a doença tomou, em março de 2020, declarou estado de pandemia, até dezembro de 2021. A pandemia trouxe consigo mais de 5 milhões de mortes e a sobrecarga dos sistemas de saúde em diversos países⁶. Para além dos prejuízos diretos da pandemia, outros contextos foram afetados, no que diz respeito à violência, pesquisas indicam o aumento da violência de gênero⁷, o aumento de condições psiquiátricas^{8,9,10} e o risco para além da violência coletiva em que se pode mencionar a precarização do trabalho frente às condições econômicas ocasionados pela crise sanitária de covid-19¹¹.

Considerando este contexto, a pergunta que norteia esta pesquisa é: “Em que medida as notificações compulsórias de violência em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco revelam tal violência durante a Pandemia da covid-19?”. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de articular compreensões em torno das notificações compulsórias, as políticas de enfrentamento e os desafios trazidos pela pandemia de covid-19.

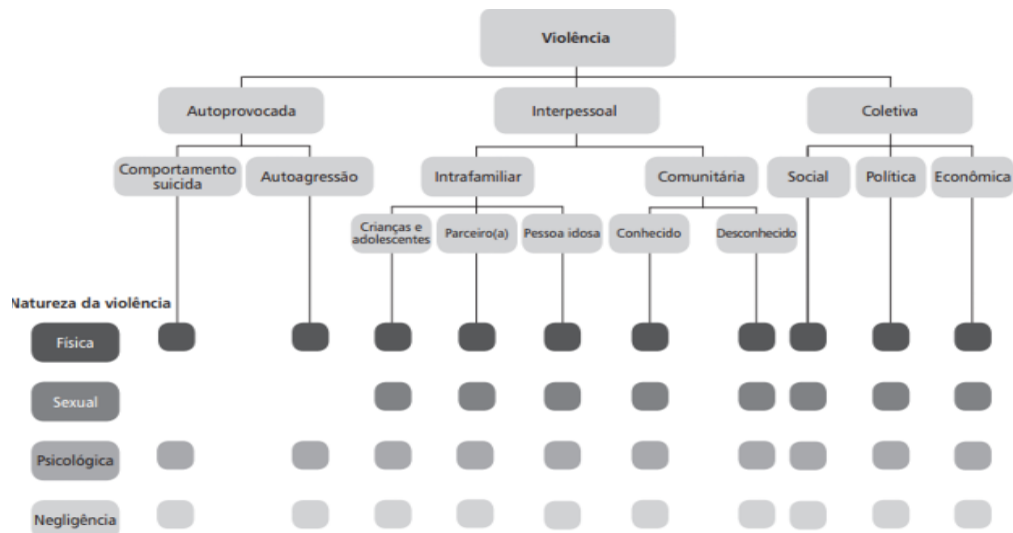
A partir disto, o objetivo geral desta pesquisa foi desvelar as fragilidades das notificações compulsórias de violência em saúde nas unidades hospitalares do estado de Pernambuco no contexto da pandemia de covid-19.

Esta temática emerge a partir da experiência no primeiro ano do Programa de Residência em Urgência, Emergência e Trauma em uma unidade hospitalar realizada através do Serviço Social de um hospital de alta complexidade do Estado de Pernambuco. Durante este período, foram realizados inúmeros atendimentos e acompanhamentos às usuárias(os) vítimas das mais variadas formas de violência. Neste contexto, os números de casos atendidos e as condutas dos profissionais da equipe de linha de frente (a qual a pesquisadora estava inserida), foram os pontos iniciais que guiaram a escolha do tema.

Enquanto assistente social, neste Programa de Residência frente às demandas geradas a partir da violência possibilitaram uma prática plural, considerando o perfil social, econômico e cultural dos usuários é diverso e com isso, as intervenções buscam compreender o contexto global que envolvem as condições de saúde-doença, objetivando promover cuidado através de olhares e práticas de saúde ampliadas.

2 VIOLÊNCIA NAS PAUTAS DE SAÚDE

De acordo com a OMS¹² a violência corresponde ao uso da força ou poder em ameaça ou prática contra si mesmo ou outras pessoas, que resulte em sofrimento, prejuízo ou morte. A violência é classificada em três categoriais conceituais: autoprovocada (ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios), interpessoal e coletiva. Além disso, a violência é um indicador de saúde, pois onde há violência, há o comprometimento da saúde.

Figura 1: Tipologia e natureza da violência.

Fonte: Relatório mundial sobre violência na saúde adaptado^{12,13}.

A violência integra as ações de saúde pública e é abordada interdisciplinarmente pela epidemiologia, medicina, psicologia, ciências sociais, criminologia, economia e educação, as quais visam lidar com os fenômenos que agravam à saúde¹². Os danos da violência podem ser fatais ou não, já os prejuízos podem ser físicos, psicológicos e sociais, além de poderem precipitar outros agravos à saúde. A violência é uma preocupação mundial e no Brasil, seu impacto é igualmente importante e demanda ações dos órgãos de saúde⁴.

A magnitude dos óbitos por causas externas, bem como o número de indivíduos que em decorrência das violências passam a conviver com os traumas, lesões e incapacitações sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus profissionais, demandando capacidade de fortalecimento das ações de vigilância, acolhimento, prevenção e articulação com as redes de cuidado⁴.

A inserção da violência nas pautas da saúde no SUS é marcada por importantes avanços no que diz respeito as políticas de prevenção, em que podem ser citadas o trabalho infantil, o tráfico humano, o preconceito sexual,

racial e com pessoas com deficiência, o cuidado com a pessoa idosa e outros grupos vulneráveis à violência. Em contrapartida, existem muitas outras demandas a serem supridas. Para além das demandas relativas às populações mais vulneráveis à violência (mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, população LGBTQIA+, indígenas entre outras) considera-se relevante a necessidade do aprimoramento dos serviços de assistência, como o investimento em educação permanente dos profissionais de saúde com desenvolvimento de competências e habilidades suficientes para atender as demandas de violência na saúde¹⁴.

Além do que, a violência autoprovocada/auto infligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios, fenômenos estes que requerem atenção integral das instituições de saúde¹⁶.

3 NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS E AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO

Paralelo às ações de assistência à saúde está a vigilância epidemiológica. No que tange a violência, os objetivos da vigilância epidemiológica são: diminuir a morbidade e a exposição aos agentes de risco, fortalecer o sistema de notificações, orientação para um plano de ação baseadas nas informações disponíveis, identificar contextos propícios à violência e propor planos de prevenção, manejo e promoção de saúde à população, sobretudo àquelas fragilizadas e vulneráveis à violência¹³.

A Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020¹⁵, institui a “Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional” que norteia as demandas de saúde devem ser notificadas, dentre estas, está a violência.

As políticas de enfrentamento são baseadas nas informações disponíveis sobre a violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), neste contexto, em 2006 o SINAN, que integra a

vigilância em saúde e a epidemiologia, junto ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), passaram a compor o sistema de informação¹⁵ que define como objeto de notificação os casos confirmados ou suspeitos de violência por meio dos serviços de saúde¹⁶.

Entretanto a efetivação das políticas de enfrentamento é retardada por problemas como: subnotificações e a baixa qualificação profissional¹⁷⁻²¹, há estimativas de que a subnotificação foi intensificada durante a pandemia de covid-19 além da precarização e subfinanciamento do SUS²².

4 A PRÁXIS DO ASSISTENTE SOCIAL

No primeiro ano da residência o residente é inserido no setor da emergência, onde pude vivenciar de forma imersiva a carga horária de trabalho exaustiva na linha de frente de um hospital de alta complexidade do estado de Pernambuco.

No âmbito do Hospital Getúlio Vargas (HGV) a partir da práxis vivenciada no Programa de Residência multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma do HGV, por se tratar de um serviço de referência em múltiplos traumas, cotidianamente são admitidos(as) usuários(as) vítimas das mais variadas formas de violências, em que a notificação destas violências interpessoais e autoprovocadas ocorre ou deveria ocorrer conforme previsto na Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020¹⁵.

Ao receber as vítimas na emergência, a equipe de retaguarda, entre eles médicos(as) e enfermeiros(as) solicita a intervenção do serviço social para avaliação da situação. O profissional do serviço social por sua vez realiza a abordagem inicial(escuta) e no caso suspeito/ou não realizasse a notificação compulsória da situação apresentada.

Após o preenchimento da Ficha de Notificação o profissional entrega o documento a equipe da vigilância epidemiológica hospitalar a qual recebe a ficha preenchida confere os dados(campos) e inclui os dados obtidos na ficha no SINAN e o serviço social comunica a situação aos órgãos competentes

(através de relatórios) baseado nas legislações vigentes (Estatutos, Decretos e Portarias e demais normativas que indicam as linhas de cuidado para as vítimas de violência).

Ao desdobra-se no processo dos atendimentos às vítimas de violência foi possível verificar a inexistência da sistematização de fluxo operacional/guia pudessem guiar os profissionais nas situações de violências.

Ocasionalmente o profissional da equipe fazia a notificação por saber da obrigatoriedade da notificação, no entanto, na maioria dos atendimentos das pessoas vítimas de violência o setor do serviço social era responsável para unicamente atender e notificar a situação.

O SUS conceitualmente abarca uma compreensão ampliada da saúde em que podem ser mencionados:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente²³.

Corroborando com os conceitos do SUS, os parâmetros da atuação do assistente social na saúde buscam:

[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade;

trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular²⁴

É compreendido que a saúde está para além da ausência de doença e que ela é composta pelo contexto histórico e a integralidade das condições em que pessoas estão inseridas. Na práxis do assistente social o enfoque na integralidade da saúde é central, pois compreende que as ações devem abarcar totalmente o sujeito considerando tanto as dimensões “social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação”²³.

Neste sentido, as contribuições do assistente social residem no trabalho interdisciplinar e na construção de novos modos de pensar e agir a partir das demandas existentes.

O assistente social possui habilidade técnica e política para agir nas expressões da questão social como a violência, e, sua atuação, aplica-se ao reconhecimento crítico das necessidades sociais que englobam a garantia de direitos, a colaboração para criação e efetivação de políticas públicas e a mobilização política²⁵. Sobre as notificações compulsórias para demandas de violência, o assistente social deve mobilizar todos os recursos necessários para que esta ocorra, sobre isto, os parâmetros que dispõe sobre a sua prática compreendem que as notificações são responsabilidade de toda equipe²⁴.

No dizer de Yolanda Guerra, a instrumentalidade consiste:

[...] no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico. [...] como uma propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire no interior das relações sociais, no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional²⁸.

No tocante a práxis profissional do Assistente Social, é importante destacar que as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e

sociais existentes no cotidiano do sistema de saúde pública²⁷, revelam a necessidade de transformações destas condições a partir de sua instrumentalidade²⁸.

5 FRAGILIDADES DAS NOTIFICAÇÕES

A subnotificação ou a ausência de notificações são compreendidas como um dos agravantes na efetivação do cuidado, uma vez que sem as notificações, há um déficit no mapeamento da violência e como consequência, a invisibilidade do problema. Estudos apontam que o fenômeno da subnotificação é diverso e alguns dos fatores envolvidos são: a limitação do sistema de informação², a frágil qualificação profissional^{17,18}, a dificuldade em compreender e identificar as demandas²¹ e a insegurança frente a notificação que é tomada como denúncia e traz temores tanto para profissionais quanto para populações¹⁹.

A insuficiente qualificação profissional, a limitação das ferramentas de notificação e o temor da população a respeito das notificações somam pontos para que as subnotificações aconteçam e conseqüentemente as políticas de enfrentamento à violência na saúde passem a ser formuladas e executadas a partir de informações pouco confiáveis¹⁷.

Considerando o impacto que violência tem na saúde, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu sistemas de informação por meio de notificações compulsórias, estas notificações têm como objetivo identificar a gravidade e magnitude da violência e guiar as políticas públicas de enfrentamento que englobam a prevenção, a atenção e proteção às pessoas em situação de violência. O SINAN que integra a vigilância em saúde e a epidemiologia, junto ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), passaram a compor o sistema de informação¹⁵ que define como objeto de notificação:

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de

peças, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT¹⁶.

Os fluxos de dados das notificações ocorrem em serviços de saúde e unidades sentinela de urgência e emergência, as ocorrências devem ser notificadas de acordo com suas características e comunicadas aos órgãos competentes. As notificações correspondem a instrumento de garantias de direitos e cuidados, pois é a partir delas que as políticas de enfrentamento serão estruturadas¹⁶.

Entretanto, a efetivação do sistema de notificações não é garantida puramente pela sua existência. Estudos indicam que alguns profissionais não conhecem o sistema de notificação, outros conhecem, mas não possuem capacitação suficiente e não realizam as notificações, assim subnotificando as ocorrências^{17,18}. Também são mencionados como fatores que contribuem para a subnotificação: a baixa percepção dos profissionais da saúde; o déficit na educação permanente; o temor frente o revanchismo do usuário ou familiares, a desconfiança nos órgãos de proteção legal; bem como a precariedade dos suportes sociais¹⁹; o desconhecimento da obrigatoriedade da notificação, das fichas e do fluxo de encaminhamento²⁰.

Para além anteriores as subnotificações e suas consequências existem um cenário de precarização do sistema de saúde que dá indícios de uma estrutura problemática, como: 1) A inabilidade dos profissionais da saúde que culmina no não cumprimento de protocolos de saúde; 2) na dificuldade de identificar situações de violências e suas demandas²¹; 3) a necessidade de assistência e proteção da saúde do profissional da saúde que, em circunstâncias normais, já estão expostos a riscos físicos e psicológicos, mas que considerando o contexto atual de enfrentamento à pandemia de covid-19, os

riscos foram intensificados expressivamente²²; 4) e o subfinanciamento e a precarização dos serviços de saúde:

Ao tempo em que apontam os problemas decorrentes do subfinanciamento do SUS, do congelamento dos gastos no setor, da deterioração dos serviços e da precarização da força de trabalho, esses estudos denunciam os efeitos negativos de tais problemas na prestação de serviços de atenção, particularmente na atenção primária, seriamente afetada pelas mudanças na lógica do financiamento ocorridas nos últimos anos²².

As raízes da subnotificação mencionadas pelos autores supracitados, corroboram com as impressões da autora em sua vivência em uma unidade hospitalar de alta complexidade de Pernambuco. Assim, a subnotificação desemboca em questionamentos sobre a real magnitude da violência¹⁸ e do consequente déficit nas políticas públicas de enfrentamento que são calcadas nas notificações existentes.

Frente ao exposto, o assistente social, em suas dimensões: técnico-operativa, ética-política e teórico-metodológica, necessita compreender e atuar nesta realidade social específica para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações em torno das notificações compulsórias em saúde no tocante às violências.

6 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, haja vista ser uma temática ainda pouco abordada pela literatura, com isso, a escolha desta metodologia visa obter maior familiaridade com o problema²⁹. Complementar a isto, fez-se a realização do levantamento bibliográfico e documental, aliado a experiência prática na Residência Multiprofissional da pesquisadora.

Quanto a abordagem, a pesquisa classifica-se em quantitativa e qualitativa, visto que os objetivos demandam a quantificação e comparação de números de notificações e realização de análises crítico-reflexivas sobre as

notificações compulsórias, ações de enfrentamento, impacto e visibilidade social e as fragilidades da instrumentalidade do assistente social.

Para analisar e obter os números de notificações compulsórias de violência do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS-PE) foram usados os relatórios que indicam as notificações por meio das unidades hospitalares. Já os dados do SINAN-PE, foram obtidos a partir do buscador do DataSUS. Os relatórios das duas plataformas são relativos os dados do estado de Pernambuco e dos anos anteriores à pandemia (anual de 2018 e 2019) e durante a pandemia (anual de 2020 e 2021) objetivando a comparação destes dados e análises com outros estudos que dissertam sobre a violência durante a pandemia.

Em paralelo, foram realizadas análises crítico-reflexivas sobre as notificações compulsórias, ações de enfrentamento, impacto e visibilidade social, bem como as fragilidades da instrumentalidade do(a) assistente social. Estas foram realizadas por meios da pesquisa de campo na qual a pesquisadora está inserida (uma unidade hospitalar de alta complexidade de Pernambuco).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Notificações de 2018 e 2019 - dados anteriores à pandemia da covid-19

No ano de 2018, foram notificados 217.276 casos suspeitos de doenças/agravos de notificação compulsória pelos Sistemas de Informações, destes 80.915 (37,2%) via VEH-PE³⁰ (2019). De acordo com os dados do informe, 7433 (9,2%) dos casos são relativos à violência interpessoal/autoprovoada. Em 2018, de acordo com o buscador do DataSUS³¹, a partir da base de dados do SINAN-PE, no estado de Pernambuco foram realizadas 17.452 notificações relativas à violência interpessoal/autoprovoada.

No ano de 2019 as buscas pelos informes VEH-PE não localizaram o relatório publicado anualmente, foram realizados contatos com os órgãos

competentes e confirmado a indisponibilidade do relatório. Em 2019, de acordo com o buscador do DataSUS³¹, no estado de Pernambuco foram realizadas 19.332 notificações relativas à violência interpessoal/autoprovoçada.

7.2 Notificações de 2020 e 2021 - dados durante a pandemia da covid-19

No ano de 2020, foram notificados 258.625 casos suspeitos de doenças/agravos de notificação compulsória pelos Sistemas de Informações, destes 70.584 (27,3%) via VEH-PE³². De acordo com os dados do informe, 2.833 (4%) dos casos são relativos à violência interpessoal/autoprovoçada. Em 2020, de acordo com o buscador do DataSUS³¹ no estado de Pernambuco foram realizadas 15.682 notificações relativas à violência interpessoal/autoprovoçada.

No primeiro semestre de 2021, foram notificados 177.677 casos suspeitos de doenças/agravos de notificação compulsória pelos Sistemas de Informações, destes 48.665 (27,4%) via VEH-PE³³. De acordo com os dados do informe, 2.833 (5,8%) dos casos são relativos à violência interpessoal/autoprovoçada. Até o mês de outubro de 2021, de acordo com o buscador do DataSUS³¹ no estado de Pernambuco foram realizadas 11.581 notificações relativas à violência interpessoal/autoprovoçada.

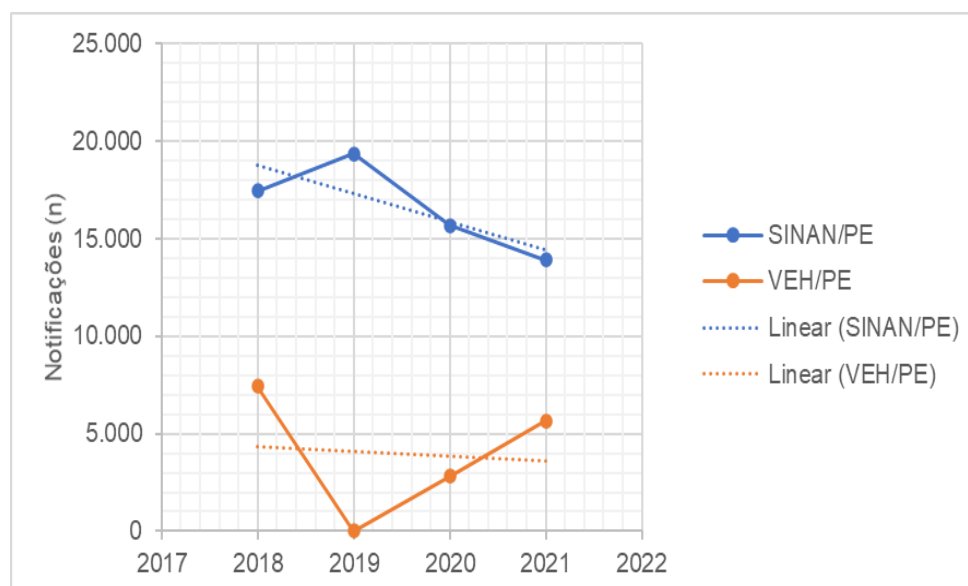
As notificações via VEH-PE foram projetadas linearmente até dezembro de 2021 visto que se referem ao primeiro semestre do ano, logo, passou a ser considerado o número de 5.666 notificações. O mesmo procedimento foi aplicado às notificações do DataSUS, visto que os dados se referem até outubro de 2021, logo passou a ser considerado o número de 13.897 notificações.

7.3 Análises das notificações antes e durante a pandemia da covid-19

No período de 2018 a 2019, anteriores a pandemia de covid-19, percebe-se uma crescente nos números de notificações relativos à violência interpessoal/autoprovoçada via SINAN-PE, já as análises sobre o mesmo

período via VEH-PE, não foi possível ser realizada já que o relatório de 2019 não está disponível. Em contrapartida, no período de 2020 a 2021, durante a pandemia, nota-se uma queda nas notificações via SINAN-PE; e um possível crescimento de acordo com a projeção linear das notificações via VEH-PE. As informações descritas estão apresentadas na figura 1.

Figura 1: Números de notificações relativos à violência interpessoal/autoprovocada de 2018 a 2021 via SINAN-PE e VEH-PE.



Fonte: Elaborada pela autora, dados adaptados e compilados de DataSUS-PE VEH-PE³⁰⁻³³.

Comparando o período anterior e durante a pandemia, ainda que haja algum crescimento real ou projetado no número de notificações, a linearidade das notificações é negativa, isto é, há uma diminuição global na quantidade de notificações de violência, sobretudo durante a pandemia de covid-19.

Na contramão das notificações, a vivência da pesquisadora em uma unidade hospitalar e pesquisas que dissertam sobre a violência durante a pandemia, indicam o aumento. As fontes bibliográficas dissertam sobre o aumento da violência e seus riscos em diferentes faces do fenômeno como: violência contra a mulher⁷, violência autoprovocada⁸⁻¹⁰, violência coletiva¹¹,

violência sexual³⁴, violência contra crianças e adolescentes^{35,36} e violência ocupacional³⁷. Conforme indicado por estas pesquisas que abordam a violência em sua diversidade, a pandemia modificou as relações sociais e a violência mostrou-se mais intensa nos diversos contextos, entretanto, ainda que diversas pesquisas e observações da prática profissional afirmem isso, os números não demonstram o mesmo, indicando que as estatísticas não estão com conformidade com o fenômeno observado.

As raízes da subnotificação com as impressões da autora em sua vivência em uma unidade hospitalar de alta complexidade de Pernambuco. Assim, a subnotificação desemboca em questionamentos sobre a real magnitude da violência¹⁸ e do conseqüente déficit nas políticas públicas de enfrentamento que são calcadas nas notificações existentes.

7.4 Enfrentamento, visibilidade e aspecto social da violência no Brasil

A violência vai para além de um fenômeno humano, pois amplia-se para pautas que abarcam saúde, segurança, vida em sociedade e o bem-estar dos indivíduos. Para o devido enfrentamento da violência, faz-se necessário levantamentos que mostrem suas reais proporções, pois são a partir destes dados que ações são estruturas. De acordo com as informações apresentadas nesta pesquisa, há uma lacuna entre as notificações e a percepção das pesquisas sobre a violência, indicando que as notificações não são fidedignas e podem representar números consideravelmente inferiores à realidade, com isto identifica-se uma fragilidade anterior ao enfrentamento: a invisibilidade da violência.

Identificar a proporção com que a violência incide sobre a população é uma ferramenta anterior a qualquer ação, visto que é somente sobre dados fidedignos que políticas de enfrentamento poderão ser elaboradas e executadas a fim de reduzir os danos que a violência causa aos serviços e pessoas.

A violência “não vista” pelas estatísticas, deixa de ser considerada pela gestão pública e, conseqüentemente, as medidas de enfrentamento são

deficitárias, a partir disto, o fenômeno da violência tende a aumentar, causando danos biológicos, psicológicos e sociais, bem como sobrecarregando estruturas públicas que demandam tempo, pessoal e recursos para atender demandas recorrentes ou menos crescentes de violência. A partir disto, identificar e tornar a violência visível são ações necessárias que contribuem para a efetiva elaboração de políticas de enfrentamento e a redução dos impactos negativos trazidos pela violência.

7.5 Fragilidade da instrumentalidade do assistente social nas notificações compulsórias em saúde

Os problemas relativos às notificações compulsórias em saúde são diversos, entre eles podem-se mencionar: limitações do sistema de informação²⁶; a frágil qualificação profissional que é endossada pela dificuldade em compreender e identificar as demandas^{17,18,21} e a insegurança de profissionais de saúde, bem como de cidadãos, que deixam de notificar por temor quando a consequência do ato¹⁹. Estes problemas são precedentes da subnotificação que inviabiliza a expressão fidedigna da violência no Brasil.

Outro atravessamento a respeito dos problemas nas notificações está relacionado à pandemia de covid-19 e a prática dos profissionais da saúde. Em condições consideradas normais, estes profissionais já estão suscetíveis a riscos físicos e psicológicos importantes, entretanto, a pandemia trouxe ainda mais agravos a esta situação²², desta forma, a pandemia pode ser considerada um significativo agente de fragilidade.

Anterior à subnotificação da violência existem problemas mais profundos como a insuficiente qualificação profissional e, sobretudo a sobrecarga e o cuidado escasso com a saúde do trabalhador da saúde que em fases críticas como a pandemia de covid-19 são mais claramente vistas. A baixa qualificação profissional endossada pela dificuldade de compreender e identificar as demandas são percebidas através da não promoção sistemática e organizadas de educação permanente por parte da gestão em serviço social e da

gestão de educação em saúde nas unidades de saúde. Estas iniciativas fazem parte ou deveriam ser levadas em consideração na gestão dos serviços de saúde uma vez que existe uma forte correlação entre o bem atendimento das demandas em saúde com o conhecimento técnico dos profissionais acerca disto. Em relação à insegurança dos profissionais que temem a realização das notificações em saúde, foi possível vivenciar situações em que o profissional da equipe multiprofissional por vezes se sentia insegura para realização da notificação por medo de retaliações.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme expectativas e menções de pesquisas sobre os assuntos que compõem este estudo, os resultados indicam que problemas como as subnotificações, a desqualificação profissional, o déficit das políticas de enfrentamento da violência e a intensificação da violência durante a pandemia de covid-19 são palpáveis conforme expresso nos resultados.

Sobre os resultados, nota-se um nexo entre as diferentes fragilidades identificadas relacionadas ao déficit nas ações de enfrentamento da violência, que devem-se em partes, à subnotificação que na pandemia foi ainda mais intensa, isto é, a violência aumentou, mas os dados indicam o contrário, por sua vez, a subnotificação deve-se à problemas profissionais, como a falta de qualificação, as demandas excessivas de trabalho e o déficit nas condições necessárias que ligam o profissional da saúde e a ação de notificar. A partir disto, percebe-se que as fragilidades que acompanham as notificações não são fatores independentes entre si, mas sim fatores que se desdobram em outras fragilidades.

A baixa notificação é factível, com isso pode-se afirmar que os dados obtidos sobre a violência são questionados e podem ser consideravelmente maiores, a consequência direta disto é a pouca visibilidade do problema, o déficit nas políticas de enfrentamento e a permanência ou mesmo o aumento do ciclo de violência. Para o devido enfrentamento da violência se faz necessário

lidar com as situações que as precedem como os problemas no fluxo de notificações bem como compreender e corrigir os déficits no saber e fazer dos profissionais que lidam com as demandas de violência na saúde.

No que diz respeito aos fluxos, estes precisam ser reestruturados enfatizando sua sustentabilidade dentro das instituições, isto é, a ação de notificar deve seguir lógicas que sejam possíveis para a realidade diária dos profissionais, como procedimentos claros de como realizar as notificações, formulários e sistemas cujo preenchimento seja prático e acessível aos diferentes profissionais da saúde e seus saberes, fluxos de atendimento que atendam tanto às demandas de saúde como às de informações e a locação estratégica de profissionais. Na prática do ambiente hospitalar, é perceptível a falta de conhecimento técnico para operar o SINAN que mesmo com sua grandiosidade e importância em nível de saúde pública, é apagado em meio a rotina de profissionais que se encontram sobrecarregados, com inabilidades técnicas, bem como a falta de sustentabilidade para o ato de notificar frente às demandas existentes.

Em segundo lugar, os profissionais da saúde em muitas situações carecem de conhecimento técnico-científico e prático para identificar, atuar e notificar tais demandas, sobre isto indica-se a implantação de calendários anuais de educação permanente. A incessante capacitação das equipes das unidades de referência faz-se necessária, pois as demandas de violência somente serão devidamente tratadas e remetidas se o cuidado imediato à saúde for atrelado à produção de informação que, por sua vez, é a matéria prima para a formulação e efetivação de políticas de enfrentamento da violência.

A partir do vivenciado nas 60h semanais durante os 02 anos de residência profissional não foi possível vivenciar espaços, debates e formação continuada. Analisando que a formação de forma geral dentro do estabelecido pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, vinculado ao sistema de produtividade exige uma formação de 08h por semestre que não contempla a especificidade e a amplitude das demandas das expressões da questão social

vivenciada no fazer profissional do serviço social dentro do Hospital Getúlio Vargas, especificamente emergência, ambulatório, Uti's e enfermarias.

Destacamos ainda que, a partir da práxis do assistente social, afirma-se a importância da união de saberes por meio da formação de equipes multidisciplinares. Este tipo de dinâmica permite abordar a violência e tantas outras demandas a partir de diferentes áreas do conhecimento. Além disto, enriquecer as equipes de trabalho, ampliam as compreensões sobre as demandas, promovem atendimento integral e atribui para a responsabilização mútua da equipe realizar as notificações.

No tocante a esse espaço de qualificação da prática profissional alguns questionamentos se fazem pertinentes: em que momento o serviço social e demais gerências estruturam um espaço para a formação e debate interdisciplinar? Em que momento é estabelecido uma rotina de amplo debate sobre o cotidiano, do fazer profissional dentro do HGV? Das especificidades, das expressões da questão social no HGV?

Por fim, conclui-se que a pesquisa atingiu os objetivos propostos indicando que as notificações de violência apresentam importantes fragilidades e que estas estão atreladas entre si, indicando nexos, sobretudo durante a pandemia de covid-19, tais situações foram intensificadas. Os resultados da pesquisa evidenciam que para o devido enfrentamento da violência é necessário, antes, lidar com o problema da subnotificação e as condições que afastam as equipes de saúde a notificarem

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

3. Paim, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde debate*, v. 43 (spe5), 19 jun. 2020.
4. Njaine, Kathie et. al. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4 ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP e FIOCRUZ, 2020. 448 p.
5. Organização Mundial Da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo coronavírus). [S.l.: s.n.] 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875> Acesso em 18 mai. 2020.
6. Our World In Data. Coronavirus Pandemic (COVID-19) – the data. 2022. <<https://ourworldindata.org/coronavirus-data>>. Acesso em 05 jan. 2022.
7. Fórum Brasileiro De Segurança Pública (FBSP). Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19. [Online], 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>>. Acesso em 21 jul. 2020.
8. Ornell, Felipe et al. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista debates in psychiatry*, [Online], 2020. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias>>. Acesso em: 05 nov. 2020.
9. Afonso, Pedro; Figueira, Maria Luísa. Pandemia COVID-19: Quais são os Riscos para a Saúde Mental? *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, Portugal, v. 6, n.1, p. 2-3, 2020.
10. Enumo, Sônia Regina Fiorim et al. Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: Proposição de uma cartilha. *Estud. Psicol.*, Campinas, v.37, e200065, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2020000100502&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 nov. 2020.
11. Souza, Diego de Oliveira. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. *Trab. educ. saúde*, [online], v.19, e00311143, 2021
12. Organização Mundial Da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.

13. Brasil. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html>. Acesso em 05 jan. 2022.
14. Minayo, Maria Cecília de Souza et. al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p.2007-2016, 2018.
15. Ministério Da Saúde. Instrutivo: Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências. 1 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2011. 76p.
16. Sistema De Informação De Agravos De Notificação. Violência interpessoal/autoprovocada. [On-line], 2020 Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em 05 jan. 2022.
17. Ribeiro, Rivelino Ubirajara Pontes; Silva, André Luis da. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais? *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP, Marília*, ed. 21, 2018
18. Bedo, Larissa Cristina; Lourenço, Edvânia Ângela. O processo de notificação da violência na política de saúde e as contribuições do serviço social para o debate. In: 6º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019.
19. Meneses, Wellane Acaciara Andrade Leite. Proposta de intervenção para treinamento e incentivo à notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada nas unidades básicas de saúde de Teresina - PI. Orientadora: Leila Leal Leite. 2017. 17p. Trabalho de conclusão de curso (especialização em saúde da família e comunidade) - Universidade aberta do SUS/UNASUS-UFPI. 2017.
20. Pinheiro, Thayse de Paula. O papel do profissional de saúde na identificação e notificação da violência. *Boletim Eletrônico nº 59 do Conselho Regional de Serviço Social SC*, 2019.
21. Silva, Ethel Bastos da et al. Violência de gênero: Conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre*, v. 39, 2018.

22. Teixeira, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p. 465-3474, 2020.
23. Nogueira, Vera Maria Ribeiro; Mioto, Regina Célia Tamasso. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: Mota. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 273-303.
24. Conselho Federal De Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. 2010. 82p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 05 jan. 2022.
25. Boschetti, Ivanete Salette. *Trabalhar na Assistência Social em defesa dos direitos da seguridade social*. Brasília: CFESS e CRESS, 2011. 20p.
26. Araújo, Maria Marcia; SILVA, Cleudinar Gomes. A importância do sistema de informação de agravos de notificação – SINAN para a vigilância epidemiológica do Piauí. *Revista Interdisciplinar Ciências e saúde*, Piauí, v. 2, n. 3, p. 25-19, 2015.
27. Conselho Federal De Serviço Social. Atribuições privativas do/a assistente social – em questão. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/atribuicoes2012completo-201804131236322062320.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
28. Guerra, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. In: *Serviço Social e Sociedade*, n. 62, ano XXI. São Paulo, Cortez, 2000. p. 5-34.
29. Piovesan, Armando; Temporin, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde pública*, São Paulo, n.29, v.4, p.318-325, 1995.
30. Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco (VEH-PE). Informe epidemiológico: Anual 2018. Rede estadual de vigilância epidemiológica hospitalar. Agosto, 2019. Pernambuco. Disponível em:https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_70bef5a914cd4e7b90894bba7d755464.pdf
31. DataSus. Informes de saúde: Violência interpessoal /autoprovocada Pernambuco. 2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violepe.def>> Acesso em: 29 dez. 2021.

32. Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco (VEH-PE). Informe epidemiológico: Anual 2020. Rede estadual de vigilância epidemiológica hospitalar. 2020. Pernambuco. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_e98ee969e57e41cd9106a28b390c0090.pdf>. Acesso em 20 dez. 2021.
33. Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco (VEH-PE). Informe epidemiológico: 1º semestre/2021. Rede estadual de vigilância epidemiológica hospitalar. 2021. Pernambuco. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_c1e ddaa25b0045c79e1e95da41e56503.pdf>. Acesso em 20 dez. 2021.
34. Bohnenberger, Marina; Bueno, Samira. Os registros de violência sexual durante a pandemia de COVID-19. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, Brasília, v.1, n.3, p.110-117, 2020.
35. Fiocruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de COVID-19: Crianças na pandemia. 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%CC%A7as_pandemia.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.
36. Moreira, Rafael Bueno da Rosa; Magalhães, Débora Karoline de Oliveira. Os impactos da pandemia de covid-19 no enfrentamento da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Revista da jornada da pós-grad. e pesquisa congrega URCAMP, Bagé, v. 16, n. 16, p.269-275, set. 2020.
37. Robazzi, Maria Lucia do Carmo Cruz, et al. Violência ocupacional antes e em tempos da pandemia da covid-19: ensaio teórico e reflexivo. Braz. J. Hea. Rev, Curitiba, v. 3, n. 6, p.19042-19064. nov/dez. 2020.