

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Nicole Freitas de Mello

VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:
Notificações realizadas por serviços de saúde brasileiros, 2011 a 2017

Brasília

2020

Nicole Freitas de Mello

VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:

Notificações realizadas por serviços de saúde brasileiros, 2011 a 2017

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola
Fiocruz de Governo como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde. (Mestrado: Políticas
Públicas em Saúde).

Orientadora: Dr.^a Leonor Maria Pacheco
Santos

Coorientador: Dr. Éverton Luís Pereira

Brasília

2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Mello, Nicole Freitas de

Violência contra pessoas com deficiência :
notificações realizadas por serviços de saúde
brasileiros, 2011 a 2017 / Nicole Freitas de Mello ;
Orientadora: Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos ;
Coorientador: Dr. Éverton Luís Pereira. --
Brasília : Nicole Freitas de Mello, 2020.

"Orientadora: Dra. Leonor Maria Pacheco Santos
Coorientador: Dr. Éverton Luís Pereira".
Bibliografia

1. Pessoas com deficiência 2. Saúde pública 3.
Serviço de saúde 4. Sistemas de informação em saúde
5. Violência - Aspectos sociais - Brasil 6. Violência
- Estudo de casos 7. Violência contra as pessoas com
deficiência I. Título.

20-36394

CDD-613.0424

Índices para catálogo sistemático:

1. Violência contra pessoas com deficiência :
Ciências médicas 613.0424

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Nicole Freitas de Mello

VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:

Notificações realizadas por serviços de saúde brasileiros, 2011 a 2017

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde. (Mestrado: Políticas Públicas em Saúde).

Aprovado em: 13/03/2020

BANCA EXAMINADORA



Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos, Fiocruz



Dr. Éverton Luís Pereira, UNB

Dr.^a Elisabeth Carmen Duarte, UNB

Dr. Everton Nunes da Silva, UNB

Dr.^a Alice Cristina Medeiros Melo, UNB (suplente)

*À Shirlei Maria Freitas de Mello, pelo exemplo de
vida, de trajetória acadêmica e pelo incansável
apoio.*

*À Laís Mello Pereira por trazer novo significado a
minha vida e me fazer ir além.*

AGRADECIMENTO

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Leonor Pacheco e ao meu coorientador Prof. Dr. Éverton Pereira, por abraçarem esse projeto e compartilharem comigo seus saberes.

Aos membros das bancas de defesa e de qualificação, Dr. Wanderson Kleber de Oliveira, Dr.^a Alice Cristina Medeiros Melo, Dr. Jorge Otávio Maia Barreto e Dr. Walter Massa Ramalho, por suas contribuições e disponibilidade.

Aos colegas do mestrado, sempre presentes e compartilhando informações e conhecimentos tão importantes.

Aos colegas da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD) do Ministério da Saúde, por todo aprendizado e incentivo profissional, em especial a Diogo Aguiar e Rhaila Cortes pelo apoio acadêmico e à Kalyne Aguiar pelo apoio emocional.

A Vinícius Pereira, pela parceria, apoio e incentivo integral nas diferentes esferas da vida, pela paciência, por ser tão presente e ter sido tão essencial no desenvolvimento desse trabalho, seja em aspectos acadêmicos, domésticos ou profissionais.

À Laís, que chegou em meio a esse projeto e revolucionou minha vida. Obrigada por me permitir ser sua mãe e tornar meus dias melhores.

Aos meus pais, irmã, irmão e cunhada, por serem meu porto seguro.

À minha família e amigos, por todo apoio e carinho.

À Branca, pelo apoio e comprometimento diário.

“O ato de falar e denunciar situações configura uma luta contra formas estabelecidas de poder, não porque anteriormente ninguém estivesse consciente delas, mas sim porque representa uma primeira forma de forçar uma rede de informação institucional e inverter, por um momento que seja, as relações de poder, abrindo, assim, espaço para novas lutas.”
(FOUCAULT, M., 2003 apud WANDERER, A. e PEDROZA, R. L. S., 2015.)

RESUMO

Este trabalho objetivou descrever a violência contra pessoas com deficiência (PCD) no Brasil a partir da caracterização das vítimas, do tipo de violência perpetrada, dos prováveis agressores, do local de ocorrência e dos serviços de saúde notificadores. Realizou análise epidemiológica descritiva dos casos de violência contra PCD notificados no Sistema VIVA/Sinan do Ministério da Saúde por serviços de saúde brasileiros entre 2011 e 2017. Além disso, utilizou o teste do qui-quadrado de Pearson, com intervalo de 95% de confiança, para avaliar diferenças entre as proporções em homens e mulheres. Mostrou que a maioria das PCD em situação de violência é do sexo feminino (67%), branca (50,7%), adulta (61,6%) e com deficiência mental (58,1%), sendo frequente a ocorrência de múltipla deficiência (15,9%), especialmente mental e intelectual. Em ambos sexos, destacou a notificação de violência autoprovocada (45,0%; $p=0,001$) e violência física (51,6%; $p>0,05$). Nas mulheres houve destaque para a violência psicológica/moral (25,8%; $p<0,001$) e sexual (12,2%; $p<0,001$). Os episódios ocorreram majoritariamente em zona urbana (83,5%), e no domicílio (75,1%). Os principais estabelecimentos notificadores foram unidades de saúde primária (57,2%) e hospital/pronto atendimentos e afins (28,1%). Conclui que, apesar de todo o avanço, ainda existem grandes desafios no que concerne à prevenção de violência contra PCD, a começar pela divulgação de informações sobre o assunto, seguindo de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde e gestores no atendimento às vítimas, especialmente nos casos de violência “não declarada”, além da qualificação do sistema de vigilância de violência e outros agravos e punição exemplar dos agressores.

Palavras-Chave: Violência. Pessoas com Deficiência. Saúde da Pessoa com Deficiência.

Serviços de Saúde. Notificação de Abuso. Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

This work aimed to describe violence against people with disabilities (DP) in Brazil from the characterization of the victims, the type of violence perpetrated, the probable aggressors, the place of occurrence and the notified health services. It conducted a descriptive epidemiological analysis of cases of violence against DP reported in the Ministry of Health's VIVA/Sinan system by Brazilian health services between 2011 and 2017. In addition, it used the Pearson chi-square test, with a 95% confidence interval, to assess differences between the proportions in men and women. It showed that the majority of DP in a situation of violence are female (67%), white (50.7%), adult (61.6%) and mentally disabled (58.1%), with frequent occurrence of multiple disability (15.9%), especially mental and intellectual. In both sexes, it highlighted the notification of self-inflicted violence (45.0%; $p=0.001$) and physical violence (51.6%; $p>0.05$). In the women there was prominence for the psychological/moral violence (25.8%; $p<0.001$) and sexual violence (12.2%; $p<0.001$). The episodes occurred mostly in urban areas (83.5%), and at home (75.1%). The main notifying establishments were primary health units (57.2%) and hospital/ emergency care and related (28.1%). It concludes that, in spite of all the progress, there are still great challenges regarding the prevention of violence against DP, starting with the dissemination of information on the subject, following the training and sensitization of health professionals and managers in the care of victims, especially in cases of "undeclared" violence, in addition to the qualification of the system of surveillance of violence and other aggravations and exemplary punishment of aggressors.

Keywords: Violence. Disabled Persons. Health of the Disabled. Health Services. Mandatory Reporting. Health Information Systems.

RESUMEN

Este trabajo tenía por objeto describir la violencia contra las personas con discapacidad (PCD) en el Brasil a partir de la caracterización de las víctimas, el tipo de violencia perpetrada, los probables agresores, el lugar de ocurrencia y los servicios de salud notificantes. Realizó un análisis epidemiológico descriptivo de los casos de violencia contra la PCD notificados en el sistema VIVA/Sinan del Ministerio de Salud por los servicios de salud brasileños entre 2011 y 2017. Además, utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson, con un intervalo de confianza del 95%, para evaluar las diferencias entre las proporciones en hombres y mujeres. Se demostró que la mayoría de los PCD en situación de violencia son mujeres (67%), blancos (50,7%), adultos (61,6%) y discapacitados mentales (58,1%), con discapacidades múltiples (15,9%), especialmente mentales e intelectuales. En ambos sexos, destacó la notificación de violencia autoprovocada (45,0%; $p=0,001$) y violencia física (51,6%; $p>0,05$). En las mujeres se destacaba la violencia psicológica/moral (25,8%; $p<0,001$) y sexual (12,2%; $p<0,001$). Los episodios se produjeron principalmente en las zonas urbanas (83,5%) y en el hogar (75,1%). Los principales establecimientos notificantes fueron las unidades de salud primarias (57,2%) y la atención hospitalaria/de emergencia y afines (28,1%). Concluye que, a pesar de todos los avances, todavía existen grandes desafíos en lo que respecta a la prevención de la violencia contra la CPD, comenzando por la difusión de información sobre el tema, siguiendo con la capacitación y sensibilización de los profesionales y administradores de la salud en la atención de las víctimas, especialmente en los casos de violencia "no declarada", además de la calificación del sistema de vigilancia de la violencia y otros agravantes y el castigo ejemplar de los agresores.

Palabras clave: Violencia. Personas con Discapacidad. Salud de la Persona con Discapacidad. Servicios de Salud. Notificación Obligatoria. Sistemas de Información en Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo das variáveis de estudo	41
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição anual das notificações de violência contra pessoas com deficiência registradas no VIVA/Sinan, Brasil 2011 a 2017	47
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resumo das variáveis de estudo	41
Tabela 2: Distribuição das notificações de violência contra pessoas com deficiência de acordo com características da vítima, do evento e do agressor, Brasil 2011 a 2017.....	49
Tabela 3: Distribuição do tipo de deficiência nas notificações de violência contra pessoas com deficiência, Brasil 2011 a 2017	51
Tabela 4: Distribuição das notificações de lesão autoprovocada contra pessoas com deficiência por tipo de deficiência da vítima, Brasil 2011 a 2017	52
Tabela 5: Distribuição das notificações de violência sexual contra pessoas com deficiência de acordo com faixa etária e sexo da vítima, Brasil 2011 a 2017	53
Tabela 6: Distribuição das notificações de violência contra pessoas com deficiência por região geográfica e Unidade Federativa (UF), Brasil 2011 a 2017	54
Tabela 7: Distribuição das notificações de violência contra pessoas com deficiência de acordo com zona, local de ocorrência e serviço de saúde notificador, Brasil 2011 a 2017	56
Tabela 8: Serviços notificadores de violência contra pessoa com deficiência versus serviços cadastrados no CNES, por tipologia.....	57

LISTA DE SIGLAS

CAPS Centros de Atenção Psicossocial

CER Centros Especializados de Reabilitação

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS Conselho Nacional de Saúde

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

GM Gabinete do Ministro

HZ Hertz

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LBI Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

LGBT Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

ODS Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PCD Pessoa com Deficiência

PIB Produto Interno Bruto

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RAS Redes de Atenção à Saúde

RCPD Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RPCD Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência

SCNES Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SES Secretarias de Estado de Saúde

Sinan Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TOC Transtorno obsessivo compulsivo

UF Unidade Federativa

VIVA Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REFERENCIAIS TEÓRICOS	19
3.1 PESSOA COM DEFICIÊNCIA	19
3.2 A VIOLÊNCIA	24
3.3 MARCOS LEGAIS	28
3.4 VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO BRASIL	33
4 MATERIAIS E MÉTODOS	39
4.1 DESENHO DO ESTUDO	39
4.2 CONTEXTO	39
4.3 PARTICIPANTES	39
4.4 VARIÁVEIS	39
4.5 FONTE DE DADOS	44
4.6 VIÉS	45
4.7 TAMANHO DO ESTUDO	45
4.8 MÉTODOS ESTATÍSTICOS	45
5 ASPECTOS ÉTICOS	46
6 RESULTADOS	47
7 DISCUSSÃO	58
8 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	70
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA	75

1 INTRODUÇÃO

A violência afeta a vida de milhões de pessoas, incluindo pessoas com deficiência (PCD), que representam cerca de 15% da população global. Ela gera consequências pessoais, familiares e sociais que, em muitos casos, se perpetuam por longos períodos e pelas gerações futuras (1,2).

Estima-se que pessoas com deficiência apresentam probabilidade 50% maior de sofrer violência do que pessoas sem deficiência (3). Essa maior propensão à violência ocorre devido à grande vulnerabilidade das PCD se comparada às pessoas sem deficiência, com marcante assimetria das relações de poder na interação entre ambos (4).

Nesse contexto, regulamentações nacionais e internacionais surgem no intuito de prevenir a violência e promover cuidado às vítimas, em especial às PCD. Referente à vigilância dos casos de violência, em 2001 foi lançada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que estabeleceu diretrizes, atribuições institucionais e apresentou a articulação intrasetorial e intersetorial, subsidiando a estruturação da vigilância de violências e acidentes, com ênfase na implantação da notificação de violência (5).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.968, que estabeleceu a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS, em alinhamento com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, que prevê a comunicação de violências praticadas contra crianças e adolescentes como obrigatória (6,7).

Em 2003, foram publicadas a Lei nº 10.778, que estabelece a notificação compulsória, nos serviços de saúde públicos ou privados, em caso de violência contra a mulher, e a Lei nº 10.741 (Estatuto do Idoso), que determina a comunicação obrigatória, pelos

profissionais de saúde, aos órgãos competentes, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra pessoas idosas (8,9).

De forma complementar, em 2004 foi sancionado o Decreto nº 5.099, que regulamentou a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher em todo território nacional, atribuindo ao Ministério da Saúde a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela, assim como a Portaria MS/GM nº 2.406, que instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento, protocolos e fluxo para notificação nos serviços de saúde públicos e privados (10,11). Ainda nesse ano, a Portaria MS/GM nº 936/2004 propôs a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (12).

Em setembro de 2005, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, que contemplou as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais.

No ano seguinte, é decretada a Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha), que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (13). Além disso, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.876/2006, que instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências(14).

Ainda em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). Os dois componentes têm como instrumento de

coleta, respectivamente a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e a Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, registrada em sistema Epi Info. Além disso, a Vigilância Contínua passou a ser implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros serviços) por adesão dos entes federados(15).

Cabe destacar ainda que, nesse mesmo ano, foi implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 687/2006, contemplando os condicionantes e os determinantes das violências e dos acidentes no País, e a aprovação tripartite do Pacto pela Saúde como ferramenta de gestão, redefinindo responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social(16).

No ano subsequente, ocorre a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que apresenta a obrigação dos Estados Partes em prevenir a exploração, a violência e o abuso, em proteger as pessoas com deficiência e em promover a recuperação física, cognitiva e psicológica de pessoas com deficiência que estiverem em situação de qualquer forma de exploração, violência ou abuso (17,18). Com base nisso, em 2008 ocorre a inclusão da PCD na Ficha de Notificação de Violência 4.2 do Ministério da Saúde.

Em 2009, o VIVA passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela e garantiu a sustentabilidade da notificação de violências(19,20).

Especificamente relacionada ao cuidado em saúde da PCD, em 2010 é publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que traz em seu texto a necessidade de

serem implementadas estratégias de prevenção de acidentes e de violências, com adoção de medidas apropriadas e oportunas na área da saúde (21).

Um importante marco para a vigilância e a prevenção de violências foi a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que universalizou a notificação de violência para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no Sinan(22).

Também em 2011, a Lei nº 12.461 alterou o Estatuto do Idoso, estabelecendo a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde(23). No mesmo ano, a Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, incorporando o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, cujo objetivo é estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e de educação permanente voltadas para a vigilância e a prevenção das violências e dos acidentes e das lesões e mortes no trânsito. Uma das diretrizes da política é a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção da rede(24).

Alguns anos depois, com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passam a ser agravos de notificação imediata (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos(25).

Ainda em 2014, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi revisada, através da Portaria nº 2.446, reafirmando como uma de suas prioridades o enfrentamento das violências e o compromisso com a promoção da cultura da paz e do desenvolvimento humano seguro, saudável e sustentável(26).

Mais recentemente, em 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI ou Estatuto da Pessoa com Deficiência) instituiu que a pessoa com deficiência deve ser protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante, sendo considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência. Estabeleceu que é dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Ainda pela LBI, os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência são objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência (27).

Embora a violência contra pessoas com deficiência seja um importante tema transversal no campo da produção de conhecimentos sobre a deficiência (28), observa-se incipiência de estudos que avaliem os registros de notificação de violência contra as pessoas com deficiência no Brasil.

Assim, de forma a conscientizar e subsidiar o aprimoramento de ações e políticas públicas de saúde para enfrentar esse grande problema, surge a proposta deste estudo que tem como objetivo caracterizar os casos de violência contra pessoas com deficiência notificados no VIVA por meio de serviços de saúde brasileiros, no período de 2011 a 2017. Inicialmente, são apresentados os objetivos do estudo, seguido pelo referencial teórico, conceitos e categorizações utilizadas. Em seguida são apresentados os detalhes metodológicos e os aspectos éticos. Por fim, são apresentados os resultados, a discussão e a conclusão do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os casos de violência contra pessoas com deficiência notificados no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde por serviços de saúde brasileiros, entre 2011 e 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil das pessoas com deficiência em situação de violência, avaliando a diferença entre sexo feminino e masculino;
- Descrever o perfil das violências interpessoais e autoprovocadas perpetradas contra pessoas com deficiência, avaliando a diferença entre sexo feminino e masculino;
- Identificar o perfil dos prováveis autores de violências perpetradas contra pessoas com deficiência, avaliando a diferença entre sexo feminino e masculino;
- Descrever o local de ocorrência, o tipo de serviço de saúde notificador e a distribuição geográfica dos casos de violência notificados contra pessoas com deficiência.

3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

3.1 PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No Brasil, em 2010, 45,6 milhões de pessoas declararam ter pelo menos um tipo de deficiência, seja do tipo visual, auditiva, motora ou mental/intelectual, o que representou 23,9% da população brasileira. As pessoas que indicaram possuir dificuldades funcionais consideráveis (“muita dificuldade” ou “não conseguem de modo algum”) compõe 6,7% da população brasileira (29). Porém, ainda hoje se travam discussões sobre quem é pessoa com deficiência, tamanha a complexidade da questão, que transcende o campo estatístico e reflete o modo como a sociedade se relaciona com as pessoas com deficiência (30).

Em contraponto ao modelo biomédico da deficiência, que sustenta que há relação de causalidade e dependência entre os impedimentos corporais e as desvantagens sociais vivenciadas pelas pessoas com deficiência (31), o modelo social aparece como princípio político fundamental na sustentação dos direitos das pessoas com deficiência e na tentativa de desnaturalização de formas de opressão social, demonstrando que o que se pensava ao longo da história ser natural era na verdade um produto de relações sociais e modos de pensar específicos (3).

Historicamente, parte significativa das pessoas com deficiência estão confinadas em entidades onde ficam afastadas do convívio social ou são “normalizadas” para devolvê-las à família ou à sociedade (32). Embora o processo de institucionalização das pessoas com deficiência seja ainda hoje extensamente observado no Brasil, onde muitas pessoas com deficiência vivem isoladas em lares durante toda a vida (33), o modelo social surge na tentativa de mudança dessa situação.

Seguindo esse movimento, em 2007, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência apresenta a deficiência como um conceito em evolução e que resulta da

interação entre pessoas com impedimentos de natureza física, intelectual, mental ou sensorial, e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (18). Nesse sentido, as experiências de opressão vivenciadas pelas pessoas com deficiência não estão na lesão corporal, mas na estrutura social incapaz de responder à diversidade, à variação corporal humana (34). A deficiência traduz, portanto, a opressão ao corpo com impedimentos, sendo entendida em termos políticos e não mais estritamente biomédicos (31).

Dentre as diversas barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência, destacam-se barreiras políticas, falta de dados e de evidências, e problemas com a oferta e o acesso a serviços. As políticas nem sempre levam em conta as necessidades das pessoas com deficiência, e, por outro lado, políticas e padrões existentes não são cumpridos. A falta de dados rigorosos e comparáveis sobre a deficiência e evidências de programas que funcionem frequentemente impedem um maior entendimento e ações mais efetivas. Além disso, pessoas com deficiência são particularmente vulneráveis a problemas na prestação de serviços, tais como cuidados com saúde, reabilitação ou suporte e assistência (1).

Pessoas com deficiência estão entre as mais marginalizadas na maioria das sociedades, enfrentando estigma, discriminação e ambientes físicos e virtuais inacessíveis (35). Ademais, são comumente privadas de seus direitos civis, como convívio, privacidade, informação, visitas, sendo comum a existência de exploração financeira destas pessoas por parte dos responsáveis em administrar seus recursos como pensões e aposentadorias (36).

No entanto, a experiência da deficiência varia bastante conforme o contexto social, divergindo em diferentes culturas e tempos. As pessoas com deficiência podem ter vulnerabilidades decorrentes de impedimentos, porém outras formas de vulnerabilidade surgem do contexto em que as PCD estão inseridas (3).

Se somam a essa assimetria outros vetores de exclusão que afetam cada indivíduo em grau e proporção diferentes. A interseccionalidade da deficiência com categorias como gênero, cor da pele/etnia, classe social e geração faz com que algumas pessoas com deficiência sejam ainda mais vulneráveis (37). Existe uma não linearidade na relação entre essas categorias, uma vez que operam de modo muitas vezes hierárquico, não simultâneo entre si e entre as demais dimensões. Na análise de fenômenos sociais, deve-se considerar as distintas configurações sociais e históricas, visto que as diferentes formas de opressão não ocorrem da mesma forma e com o mesmo peso nas histórias de vida (34).

Considerando todas as peculiaridades mencionadas sobre a temática da deficiência, este estudo utiliza como base para a definição de pessoa com deficiência e para definição dos tipos de deficiências a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Essa também é utilizada como referência para a notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada em serviços de saúde brasileiros (20).

Nos casos de violência notificados por serviços de saúde no Brasil em que a vítima é uma pessoa com deficiência ou transtorno, para que haja sua identificação como tal, é necessária informação sobre diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado (sem exigência de prova documental). O responsável pela notificação não deve registrar suposições ou hipóteses pessoais ou dos familiares. Em casos de pessoas em situação de violência com transtorno mental ou transtorno de comportamento, a informação correspondente deve ser dada pelo responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima (20). Na Ficha de notificação de violência (anexo), a pergunta 39 se refere aos tipos de deficiência que a vítima apresenta. Nesse campo, é possível sinalizar múltiplas respostas como “sim”, indicando que a vítima apresenta mais de um tipo de deficiência ou transtorno.

Além disso, foram utilizadas nesse estudo as tipologias de deficiência/transtorno apresentadas no Instrutivo VIVA(20), apresentadas a seguir:

- Deficiência física: alteração completa ou parcial de uma ou mais partes do corpo humano, acarretando o comprometimento de função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob uma das seguintes formas: paraplegia (perda total das funções motoras dos membros inferiores); paraparesia (perda parcial de funções motoras dos membros inferiores); monoplegia (perda total da função motora de um só membro, seja inferior ou superior); monoparesia (perda parcial da função motora de um só membro, inferior ou superior); tetraplegia (perda total das funções motoras dos quatro membros); tetraparesia (perda parcial das funções motoras dos quatro membros); triplegia (perda total das funções motoras de três membros), triparesia (perda parcial das funções motoras de três membros); hemiplegia (perda total das funções motoras de um dos lados do corpo); hemiparesia (perda parcial das funções motoras de um lado do corpo); nanismo (deficiência acentuada no crescimento); amputação (remoção de uma extremidade do corpo por meio de cirurgia ou acidente); paralisia cerebral ou encefalopatia crônica não progressiva (lesão em uma ou mais partes do cérebro, tendo como consequência alterações psicomotoras, cognitivas e de comunicação, podendo ou não causar deficiência intelectual); membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformações estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

- Deficiência intelectual: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização de recursos da comunidade, autocuidado em saúde e segurança, habilidades acadêmicas, de lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, a comunicação, o desenvolvimento da linguagem oral e escrita e a sociabilidade. Também conhecida como deficiência cognitiva.

- Deficiência visual: caracteriza-se por perda de visão incorrigível. Isso significa que, mesmo usando óculos ou lente de contato, o indivíduo não tem a visão corrigida e, ainda assim, é incapaz de, por exemplo, reconhecer alguém que passe por ele na rua ou ler um jornal. Compreende a cegueira e a baixa visão. Pessoa cega: é aquela que possui perda total ou visão residual mínima nos dois olhos (não tem nenhuma espécie de visão ou unicamente percebe luz sem projeção de imagem), necessitando do método Braille como meio de leitura e escrita e/ou outros métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para o processo ensino-aprendizagem. Pessoa com baixa visão: é aquela que, mesmo usando óculos comuns, lentes de contato ou implantes de lentes intraoculares, não consegue ter uma visão nítida. As pessoas com baixa visão podem ter sensibilidade ao contraste, percepção das cores e intolerância à luminosidade.

- Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz. A perda auditiva pode ser leve, moderada, severa ou profunda. Quanto maior o grau da perda auditiva, maiores são os prejuízos no desenvolvimento da linguagem oral e também das dificuldades de aprendizagem de crianças em idade escolar, uma vez que, o principal sinal de deficiência auditiva são alterações de linguagem. Compreende a perda de audição ou a diminuição na capacidade de escutar os sons, mesmo com o aumento da intensidade da fonte sonora.

- Transtorno mental: compreende os quadros graves, a exemplo de: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do espectro do autismo, demência, como na doença de Alzheimer e demências de outras origens; inclui também dependência de álcool e outras drogas. A informação correspondente ao tipo de transtorno mental deve ser dada pelo responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima.

- Transtorno de comportamento: compreende, entre outros, os distúrbios emocionais (como pânico), de conduta (como déficit de atenção, micção ou emissão fecal repetida, involuntária), funcionamento social (como mutismo seletivo, redução das interações sociais, hiperatividade etc.). A informação correspondente ao tipo de transtorno de comportamento deve ser dada pelo responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima:

- Múltiplas deficiências: associação de duas ou mais deficiências.

- Outras: qualquer outro tipo de deficiência, síndrome ou transtorno que não as contempladas nas categorias anteriores.

3.2 A VIOLÊNCIA

A violência é um grande problema no mundo e drena importantes e escassos recursos individuais e do Estado para seu enfrentamento e para lidar com suas consequências. Além do principal impacto da perda de vidas, outros resultados sociais são gerados, estimando-se um limite inferior para o custo social da violência no Brasil em torno de 5,9% do PIB (38).

Referente à morte violenta intencional, em 2017 ocorreram 65.602 homicídios no Brasil, o que equivale a uma taxa de aproximadamente 31,6 mortes para cada cem mil habitantes. (38). De 2011 a 2016, 6.393 mulheres com notificação de violência morreram por causas externas, representando três mulheres por dia. As maiores razões de taxas de mortalidade ocorreram para os óbitos por “violências autoprovocadas e interpessoais” (39).

Considerando dados internacionais de revisão sistemática, adultos com deficiência correm maior risco de vitimização por violência do que os adultos sem deficiência, e aqueles com doenças mentais são particularmente mais vulneráveis (78). Nas crianças com deficiência a prevalência estimada foi de 26,7% para qualquer tipo de violência, 20,4% para violência física e 13,7% para violência sexual (75). Cabe destacar que crianças com deficiências, em

todos os contextos, devem ser vistas como um grupo de alto risco, pois têm três a quatro vezes mais chances de serem vítimas de violência do que seus colegas sem deficiência (78). Além disso, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência reconhece que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar quanto fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso, descaso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração. Em seu artigo 16, os Estados Partes se comprometem a proteger as pessoas com deficiência e prevenir todas formas de exploração, violência e abuso, incluindo aspectos relacionados a gênero e idade (17).

No Brasil, dados da Delegacia de Defesa da Mulher do município de São Carlos revelaram que, em 2001, 11% dos estupros registrados foram contra pessoas com deficiência e, em 2002, foram 20%. Além desses, em 2002, 15% dos atentados ao pudor foram realizados contra essa população (96). Estudo realizado em hospital do Rio de Janeiro apresentou prevalência de 83,7% de agressão psicológica, 84,4% de maus-tratos físicos e 96,5% de punição corporal em crianças e adolescentes com deficiência. (104).

As pessoas com deficiência são mais propensas a sofrerem violência devido aos processos de discriminação, estigmatização e exclusão social, que ocorrem nas mais diversas relações e limitam seu direito de pleno desenvolvimento. Essa forma de socialização é, em si mesma, violenta (28,105).

Diversas são as maneiras como a violência pode ser definida. Embora a palavra "violência" seja usada em discursos para descrever um amplo espectro de processos de exclusão, como as violações dos direitos humanos em geral, a violência tem a importante conotação de que uma pessoa ou um grupo de pessoas exerce poder de maneira direta e intencional sobre outra pessoa ou grupo de pessoas (3).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou poder, real ou mediante ameaça, contra um indivíduo, ou contra

um grupo ou uma comunidade, resultando ou que tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, prejuízo ao desenvolvimento ou privação (2). Essa é a definição de violência utilizada pelo Ministério da Saúde para a notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada, assim como a definição utilizada como base para este estudo.

Essa definição associa intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. Ela inclui os atos que resultam de uma relação de poder, como ameaças e intimidação, negligência ou atos de omissão, assim como os atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita, como abuso físico, sexual e psicológico, suicídio e outros atos auto infligidos. Além disso, são incluídos atos de violência quer sejam públicos ou privados, quer sejam reativos (em resposta a fatos anteriores, como uma provocação) ou antecipatórios (ou instrumentais para resultados automáticos), ou mesmo criminosos ou não (40).

Ou seja, a violência pode ser considerada como a ação ou a omissão de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial (20).

Algumas tipologias são propostas para a violência, sendo elas relacionadas a quem comete o ato violento: violência auto infligida, autoprovocada ou contra si mesmo; violência interpessoal, infligida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos; violência coletiva, infligida por grupos maiores, como estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas (41).

A violência auto infligida compreende comportamento suicida, que são os pensamentos suicidas, as tentativas de suicídio e os suicídios propriamente ditos; e agressão auto infligida, que inclui atos como a automutilação;

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: doméstica, que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família; e comunitária, que ocorre no ambiente social em geral, sendo atentado à integridade e à vida e/ou a seus bens, e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e do sistema de justiça.

A violência coletiva, por sua vez, se subdivide em violência social, cometida com o fim de realizar um plano específico de ação social; política, que contempla guerra e conflitos violentos a ela relacionados, violência do estado e atos semelhantes praticados por grandes grupos; e econômica, que inclui ataques de grandes grupos motivados pelo lucro econômico.

Esse trabalho utiliza as definições e tipologias da OMS indicadas anteriormente, assim como utiliza as naturezas da violência estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, sendo elas: violência física; violência sexual; violência psicológica /moral; tortura; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; intervenção legal (20). Cabe destacar que é orientado para o preenchimento da pergunta 56 da Ficha de notificação, referente ao tipo de violência sofrida, que o notificador sinalize, para fins de registro no Sinan, somente o principal tipo de violência.

A forma como a violência é definida em conexão com relações assimétricas de poder e o reconhecimento de processos perversos de exclusão social e opressão das pessoas com deficiência tornam a violência um importante tema de estudo na área da deficiência (28).

Nesse estudo é considerado o panorama geral dos casos de violência contra pessoa com deficiência. Como destaque, são abordadas de forma mais detalhada a violência autoprovocada, devido à maior proporção de ocorrência se comparada à população em geral no mesmo período, e a violência sexual, devido ao destaque atual das discussões de gênero,

saúde sexual e reprodutiva, sobreposição de vulnerabilidades das mulheres com deficiência (interseccionalidade gênero e deficiência), além do reconhecimento pela Convenção em seu preâmbulo de que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos de violência (17).

3.3 MARCOS LEGAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel de destaque na prevenção e enfrentamento à violência e na atenção integral às pessoas que vivenciaram essa situação, dentre elas as pessoas com deficiência em situação de violência.

Diversos instrumentos surgiram nos últimos anos na tentativa de mudar a situação da violência no Brasil e no mundo, tais instrumentos serão apresentados adiante.

Em 2001, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que estabeleceu diretrizes, atribuições institucionais e apresentou a articulação intrasetorial e intersetorial, subsidiando a estruturação da vigilância de violências e acidentes, com ênfase na implantação da notificação de violência (5).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.968, que estabeleceu a notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS, em alinhamento com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, que prevê a comunicação de violências praticadas contra crianças e adolescentes como obrigatória (6,7).

Em 2003, foram publicadas a Lei nº 10.778, que estabelece a notificação compulsória, nos serviços de saúde públicos ou privados, em caso de violência contra a mulher, e a Lei nº 10.741 (Estatuto do Idoso), que determina a comunicação obrigatória, pelos

profissionais de saúde, aos órgãos competentes, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra pessoas idosas (8,9).

De forma complementar, em 2004 foi sancionado o Decreto nº 5.099, que regulamentou a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher em todo território nacional, atribuindo ao Ministério da Saúde a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela, assim como a Portaria MS/GM nº 2.406, que instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento, protocolos e fluxo para notificação nos serviços de saúde públicos e privados (10,11). Ainda nesse ano, a Portaria MS/GM nº 936/2004 propôs a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (12).

Em setembro de 2005, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, que contemplou as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais.

No ano seguinte, é decretada a Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha), que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (13). Além disso, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.876/2006, que instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências(14).

Ainda em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). Além disso, a Vigilância Contínua passou a ser

implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros serviços) por adesão dos entes federados(15).

Cabe destacar ainda que, nesse mesmo ano, foi implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 687/2006, contemplando os condicionantes e os determinantes das violências e dos acidentes no País, e a aprovação tripartite do Pacto pela Saúde como ferramenta de gestão, redefinindo responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social(16).

Em 2007, ocorre a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que apresenta a obrigação dos Estados Partes em prevenir a exploração, a violência e o abuso, em proteger as pessoas com deficiência e em promover a recuperação física, cognitiva e psicológica de pessoas com deficiência que estiverem em situação de qualquer forma de exploração, violência ou abuso (17,18). Com base nisso, em 2008 ocorre a inclusão da PCD na Ficha de Notificação de Violência 4.2 do Ministério da Saúde.

Em 2009, através do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, o Brasil promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

Nesse mesmo ano, o VIVA passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela e garantiu a sustentabilidade da notificação de violências (19,20).

Especificamente relacionada ao cuidado em saúde da PCD, em 2010 é publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que traz em seu texto a necessidade de serem implementadas estratégias de prevenção de acidentes e de violências, com adoção de medidas apropriadas e oportunas na área da saúde (21).

Um importante marco para a vigilância e a prevenção de violências foi a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011(22), a partir da qual a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência.

Também em 2011, a Lei nº 12.461 alterou o Estatuto do Idoso, estabelecendo a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde(23). No mesmo ano, a Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, incorporando o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, cujo objetivo é estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e de educação permanente voltadas para a vigilância e a prevenção das violências e dos acidentes e das lesões e mortes no trânsito. Uma das diretrizes da política é a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção da rede(24).

Em paralelo, é instituída a Rede de Atenção à Saúde, definida na legislação vigente como “o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011(19)). Nesse contexto é implementada a Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria GM 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (42), republicada em maio de 2013, que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, além da Rede de Cuidados à Saúde da pessoa com deficiência, formulada pelo Ministério da Saúde a partir da publicação da Portaria Nº 793, de 25 de abril de 2012, estratégia de indução das práticas humanizadas e de qualificação de serviços para o alcance da atenção integral à

saúde nos três níveis de atenção – básica, média e alta complexidade – às pessoas com deficiência.

Outro destaque no âmbito federal foi o lançamento do Viver sem Limites - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência em 2013, que apresenta diversas ações intersetoriais para a garantia dos direitos dessa população(43).

Em 2014, com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passam a ser agravos de notificação imediata (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos(25).

Ainda nesse ano, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi revisada, através da Portaria nº 2.446, reafirmando como uma de suas prioridades o enfrentamento das violências e o compromisso com a promoção da cultura da paz e do desenvolvimento humano seguro, saudável e sustentável(26).

Mais recentemente, em 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI ou Estatuto da Pessoa com Deficiência) instituiu que a pessoa com deficiência deve ser protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante, sendo considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência. Estabeleceu que é dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Ainda pela LBI, os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência são objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência (27).

No âmbito político internacional, são estabelecidos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com objetivos e metas de ação global para alcance do Desenvolvimento Sustentável até 2030. Dentre as metas diretamente relacionadas ao enfrentamento de violências, destaca-se as metas 3.2 “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”, 5.1 “Eliminar todas as formas de discriminação de gênero, nas suas intersecções com raça, etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, territorialidade, cultura, religião e nacionalidade, em especial para as meninas e mulheres do campo, da floresta, das águas e das periferias urbanas”, 5.2 “Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos” e 16.1 “Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares” (44).

Todos esses instrumentos visam mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, eles apresentam a forte convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser evitados (40).

3.4 VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO BRASIL

Embora existam diferentes conceitos e práticas de vigilância, neste estudo foi utilizado o conceito mais amplo, que inclui não apenas as doenças transmissíveis, mas também a vigilância sobre os fatores de risco de doenças crônicas e causas externas (dentre elas a violência) e a vigilância sobre os fatores de risco ambientais, entre outros (45).

Nesse contexto, a vigilância em saúde se configura como processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e

determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (46,47).

Para que ela seja efetiva, três aspectos devem ser consolidados: a coleta sistemática de dados pertinentes; a consolidação e a avaliação ordenada desses dados; e a rápida disseminação dos resultados àqueles que necessitam de conhecê-los para tomada de decisão, seja para o planejamento, a implementação e/ou a avaliação do controle de doenças e agravos.

Nesse processo, a notificação desponta como um instrumento chave que possibilita a coleta de dados e, a partir deles, a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral à saúde em rede. Nos casos de pessoas em situação de violência, a notificação possibilita conhecer o perfil da violência e realizar ações para a prevenção do problema (20). Além disso, ela funciona como um instrumento disparador da linha de cuidado às vítimas (48).

Para fins de notificação, a definição de caso de violência corresponde a todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades, sendo que, no caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT (20).

Em 2006, foi implantado o sistema VIVA, com dois componentes: Vigilância sentinela (vigilância por inquérito), que coleta informações sobre violências e acidentes em serviços de urgência e emergência durante 30 dias consecutivos por meio de pesquisa por amostragem, e Vigilância contínua, que capta casos de violência interpessoal/autoprovocada notificados em serviços de saúde de forma contínua. Os dois componentes têm como

instrumento de coleta, respectivamente a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e a Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, registrada em sistema Epi Info (15).

Neste estudo foram utilizados apenas dados do sistema de vigilância contínua do VIVA, com a agregação das informações das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada enviadas pelos gestores estaduais. Essas fichas são preenchidas em duas vias: uma fica na unidade notificadora, e a outra é encaminhada ao setor municipal responsável pela digitação e consolidação dos dados. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela implantação da vigilância contínua de violências e pelo envio das bases para as respectivas Secretarias de Estado de Saúde (SES) e, posteriormente, ao Ministério da Saúde (20).

O preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada deve ser realizado por profissional da saúde (independente da categoria profissional), sensibilizado e capacitado, em qualquer caso suspeito ou confirmado de violência. Ou seja, os profissionais devem estar aptos a reconhecer os sinais de violência não declarada, especialmente da violência doméstica, e devem preencher a ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas ainda que não haja confirmação da violência (49). O ideal é que o (a) profissional que fez o atendimento também faça a notificação. Todavia, a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, de acordo com o contexto de cada caso (49).

Para registro dos casos de violência, são seguidas etapas de acolhimento, atendimento e notificação, além do posterior seguimento na rede de proteção social. Nos serviços de Referência para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, algumas

atribuições e cuidados complementares são necessários para o Registro de Informações e Coleta de Vestígios (50).

No caso de crianças e adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do ECA (7). A comunicação às autoridades competentes (delegacias especializadas, Ministério Público, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa) também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violências contra pessoas idosas, conforme determina o Estatuto do Idoso (51).

No Brasil, a notificação dos casos de violência em serviços de saúde é uma obrigação institucional e não meramente individual, cabendo aos serviços, aos (às) gestores (as) e/ou aos (às) profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente e cabendo à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais (20).

Nesse sentido, os profissionais devem sempre receber apoio, suporte e proteção para que não sofram retaliações ou ameaças de prováveis autores (as) das violências e para que exerçam sua atividade profissional seguindo os princípios da ética, da humanização, da integralidade e garantindo que a notificação seja realizada como um ato de cuidar e proteger(49).

Considerando que a violência é um fenômeno histórico que só pode ser entendido nos marcos de relações socioeconômicas, políticas e culturais específicas, cabendo diferenciá-la, no tempo e no espaço, e por tipos de autor, vítima, local e tecnologia, a sistematização dos dados coletados permite caracterizar esses aspectos, partindo de informações como os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das pessoas em situação de violência e dos (as) prováveis autores (as) das violências (52).

Além de obter informações sobre as características do agravo, a vigilância dos casos de violência visa subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida. Busca-se incentivar a formação de redes de atendimento às pessoas em situação de violência, no âmbito das políticas públicas, de forma a garantir não apenas a assistência à saúde, mas a atenção integral e humanizada, promoção da saúde e cultura de paz (20,53).

Assim, a agenda da violência passa a ser protagonizada pela rede pública de saúde por ser o *locus* privilegiado para a identificação e notificação dos casos suspeitos e confirmados, assim como para prover atenção e cuidados às pessoas em situação de violências (54).

Para que isso ocorra, os fluxos de referência e contrarreferência devem estar configurados em rede, envolvendo a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e demais Redes de Atenção à Saúde nos três níveis de atenção – primária, média e alta complexidade – e nas dimensões do cuidado, acolhimento, atendimento, notificação e seguimento.

No Brasil, a Atenção Básica (atenção primária à saúde) desempenha papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade, por ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro integrador de toda a Rede de Atenção à Saúde (55).

Apesar da fundamental ampliação de cobertura da atenção básica e da atenção especializada nacionalmente nos últimos anos, como duas das dimensões do acesso aos serviços de saúde, ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e a permanência das pessoas com deficiência no sistema de saúde, o que limita o direito da assistência universal constitucionalmente garantido (56–58). Dificuldades de acesso a serviços de atenção primária

à saúde e de reabilitação são ligadas a determinantes sociais da saúde, sendo necessária a elaboração de programas para a inclusão social e acessibilidade (59).

Dada à natureza multidimensional desse contexto, respostas eficazes e abrangentes exigem a articulação e integração das instâncias públicas governamentais e interfederativas de vários setores (como saúde, assistência social, educação, segurança pública, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, entre outros), além de organizações não governamentais, setor privado e da sociedade civil (60).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este trabalho configura um estudo transversal epidemiológico descritivo.

4.2 CONTEXTO

Foram analisadas as notificações de violência realizadas entre os anos de 2011 e 2017 por serviços de saúde brasileiros, incluindo aquelas envolvendo vítimas com deficiência.

O recorte inicial do ano de 2011 ocorreu com base na publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a partir da qual as notificações de violência passaram a integrar a lista de notificação compulsória. O recorte final do ano de 2017 ocorreu por ser a última base de dados limpa e com acesso livre disponível para consulta na data de realização deste trabalho.

4.3 PARTICIPANTES

Para o estudo, foram consideradas todas as notificações de violência realizadas por serviços de saúde brasileiros no período estabelecido. Foi avaliada a totalidade dos casos, assim como o recorte daqueles em que a vítima foi identificada como pessoa com deficiência, através da resposta “1 - Sim” para a pergunta 38 (Possui algum tipo de deficiência/transtorno?) da Ficha de Notificação.

4.4 VARIÁVEIS

A análise teve como base as notificações de violência contra pessoas com deficiência, apresentando inicialmente o quantitativo de notificações realizadas no período e

detalhado por ano. Em seguida, foram apresentadas as características das pessoas em situação de violência, dos prováveis agressores e do local de ocorrência.

Foram consideradas as características sociodemográficas das pessoas em situação de violência, além do tipo de deficiência apresentado. Optou-se por agregar algumas tipologias de deficiência seguindo a referência da Convenção Internacional. Dessa forma, foram agregadas as deficiências visual e auditiva como “deficiência sensorial”, além dos transtornos mental e de comportamento como “deficiência mental”. Para a variável raça/cor da vítima, foram agregados os dados referentes à cor da pele, à raça ou à etnia “preta” e “parda” como “negra”.

Para análise da faixa etária da pessoa com deficiência em situação de violência, foi utilizada a definição da OMS (61), na qual crianças configuram indivíduos de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos. Essa mesma definição é adotada na Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde (20). Também foi utilizado como referência para definição das faixas etárias o Estatuto do Idoso (9), que define como idoso as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Por fim, foram considerados adultos as pessoas de 20 a 59 anos.

Foi descrita a natureza de violência sofrida e os prováveis autores da violência, para os quais foram utilizadas as seguintes categorias: "Familiares", que incluiu pai, mãe, padrasto, madrasta, irmão (ã) e filho (a); "Amigos/conhecidos", que incluiu amigos/conhecidos, cuidadores, patrão/chefe; "Parceiros Íntimos", que incluiu cônjuge, ex-cônjuge, namorado (a) e ex-namorado (a); "Outros vínculos", que incluiu pessoa com relação institucional, policial/agente da lei e outros vínculos não especificados; e “Desconhecidos”. A categoria “Própria pessoa” não foi considerada na análise dos dados de provável autor, pois a referida informação já se encontra contemplada na questão 54 da Ficha de Notificação, que aborda a ocorrência de violência autoprovocada.

Quando houver a participação de mais de um(a) provável autor(a) de agressão, a orientação é preencher o vínculo de cada um(a) deles, podendo haver mais de um campo preenchido. Nesse caso, quando os agressores forem de sexos diferentes, deve ser preenchido o campo “3- Ambos os sexos”.

Durante a análise dos dados, foi observado alto percentual de notificações de violência autoprovocada. De forma a entender melhor esse contexto, foi realizada análise das notificações de violência autoprovocadas por cada tipo de deficiência da vítima, entendendo que a avaliação detalhada desses dados não se esgota nessa estratificação.

Além disso, embora seja a quarta natureza de violência mais notificada contra pessoas com deficiência, a violência sexual tem se enfatizado nas discussões de gênero, saúde sexual e reprodutiva, por isso optou-se por analisar separadamente também os casos notificados de violência contra pessoas com deficiência conforme faixa etária e sexo da vítima, aprofundando um pouco mais a análise realizada.

Em seguida, foi analisada a distribuição das notificações de violência contra pessoas com deficiência por local de ocorrência, por UF, além de caracterizar os serviços de saúde que realizaram as notificações por tipo de estabelecimento, gestão responsável e natureza jurídica.

Quadro 1: Resumo das variáveis de estudo

Característica		Variáveis	Descritivo
Vítima	Sexo	Feminino	-
		Masculino	-
	Faixa etária	Crianças	0 a 9 anos
		Adolescentes	10 a 19 anos
		Adultos	20 a 59 anos
		Idosos	Igual ou acima de 60 anos
	Raça/cor	Branca	-
		Negra	Preta
			Parda
		Amarela	-
		Indígena	-

	Deficiência	Física	-
		Mental	Transtorno mental
			Transtorno de comportamento
		Intelectual	-
		Sensorial	Auditiva
			Visual
Múltiplas	Mais de uma categoria de deficiência		
Evento	Violência autoprovocada	Natureza da violência	Violência física
			Violência psicológica/moral
	Negligência/abandono		
	Violência sexual		
	Violência financeira/econômica		
	Tortura		
	Intervenção legal		
	Trabalho infantil		
	Tráfico de seres humanos		
	Outros tipos de violência		
Violência de repetição	Sim	-	
	Não	-	
Agressor	Provável autor da violência	Famíliares	Pai
			Mãe
			Padrasto
			Madrasta
			Irmão (ã)
			Filho (a)
		Amigos/conhecidos	Amigos/conhecidos
			Cuidadores
			Patrão/chefe
		Parceiros íntimos	Cônjuge
			Ex-cônjuge
			Namorado (a)
			Ex-namorado (a)
	Outros vínculos	Pessoa com relação institucional	
		Policial/agente da lei	
		Outros vínculos não especificados	
	Desconhecidos	-	
Sexo do provável autor	Masculino	-	
	Feminino	-	
	Ambos os sexos	-	
Suspeita de uso de álcool	Sim	-	
	Não	-	
Local de	Região geográfica	Centro-Oeste	-

ocorrência		Nordeste	-
		Norte	-
		Sudeste	-
		Sul	-
	Zona	Urbana	-
		Rural	-
		Periurbana	-
	Local	Residência	-
		Via pública	-
		Escola	-
		Comércio/Serviços	-
		Bar ou similar	-
		Habitação coletiva	-
		Local de prática esportiva	-
Indústria/construção		-	
Outro		-	
Serviço notificador	Tipo de estabelecimento	Unidade de saúde primária	Posto de Saúde
			Centro de Saúde/Unidade Básica
			Centro de Apoio à Saúde da Família
		Hospital e Pronto Socorro	Hospital Geral
			Hospital Especializado
			Unidade Mista
			Pronto Socorro Geral
			Pronto Socorro especializado
			Pronto Atendimento
			Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência
		Hospital/Dia - Isolado	
		Policlínica	Policlínica
			Clínica/Centro de Especialidade
		Centro de atenção psicossocial	-
		Outros	Polo de Prevenção de doenças e Agravos e Promoção da Saúde
			Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (Sadt Isolado)
			Oficina Ortopédica
			Centro de Parto Normal – Isolado
			Central de Regulação de Serviços de Saúde
			Laboratório Central de Saúde Pública Lacen
Central de Gestão em Saúde			
Centro de Atenção Hemoterapia e Ou Hematológica			

			Unidade de Atenção à Saúde Indígena
			Polo Academia da Saúde
			Telessaúde
			Central de Regulação Médica das Urgências
			Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)
			Unidade de Atenção em Regime Residencial
			Laboratório de Saúde Pública
			Central de Regulação do Acesso
			Central de Notificação
			Captação e Distribuição de Órgãos Estaduais
			Central de Abastecimento
			Centro de Imunização
			Unidade Móvel Fluvial
			Unidade Móvel Terrestre
			Farmácia
			Unidade de Vigilância em Saúde
			Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores na Saúde
			Consultório Isolado
			Gestão responsável
Dupla	-		
Estadual	-		
Federal	-		
Natureza jurídica	Pública	-	
	Entidades sem fins lucrativos	-	
	Privada	-	
	Pessoa física	-	

4.5 FONTE DE DADOS

O estudo foi realizado a partir de dados secundários compilados no sistema VIVA contínuo/Sinan do Ministério da Saúde referentes à notificação de violência realizada por serviços de saúde brasileiros. Esses dados foram extraídos das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovoada enviadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Eles foram obtidos através de acesso livre no site do Ministério da Saúde (link: <http://portalSINAN.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovoada>, acesso dia 18/06/2019).

Para análise dos serviços de saúde notificadores, foi utilizada a base do ano 2019 competência 06 do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de acesso livre por meio do link <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>.

4.6 VIÉS

Cabe destacar que a base utilizada se encontra limpa e sem duplicatas, evitando possíveis vieses durante a análise dos dados.

4.7 TAMANHO DO ESTUDO

O estudo teve como base todas as notificações realizadas no período definido, contemplando 1.429.931 notificações de violência, sendo 116.219 correspondentes a vítimas com deficiência.

4.8 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS, versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson, com intervalo de 95% de confiança (IC95%, ou seja, nível de significância de 5%), para avaliar diferenças entre as proporções por sexo feminino e masculino. As notificações que não indicaram o sexo da vítima não foram contempladas no estudo.

5 ASPECTOS ÉTICOS

A base de dados nacional, submetida a processo de análise de consistência e exclusão de duplicidades, foi obtida através de acesso livre no site (link: <http://portalSINAN.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>, acesso dia 18/06/2019).

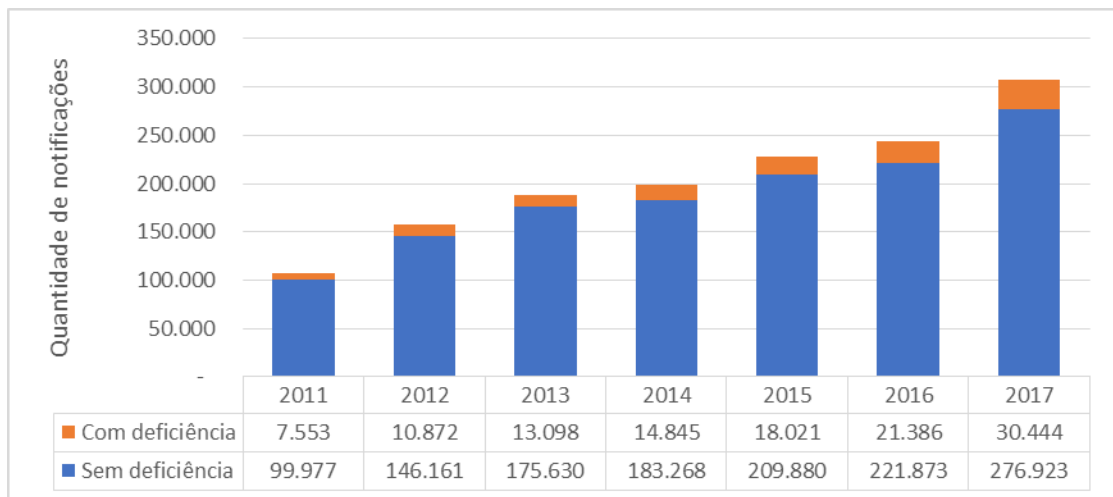
Os dados apresentados publicamente encontram-se sem as variáveis de identificação das pessoas em situação de violência e agressores (bases não nominais), com anonimato e confidencialidade das informações constantes dos registros. Conforme diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016, por se tratar de um estudo com dados secundários anônimos, o projeto desta pesquisa foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

6 RESULTADOS

Entre 2011 e 2017, foram notificados 1.429.931 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, 116.219 (8%) corresponderam a notificações de violências contra pessoas com deficiência.

Nesse período, houve um crescente avanço no número de notificações de violência no Brasil (186%), sendo observado um aumento ainda maior do número de notificações de violência contra pessoas com deficiência (303%) (Figura 1).

Figura 1: Distribuição anual das notificações de violência contra pessoas com deficiência registradas no VIVA/Sinan, Brasil 2011 a 2017



As características das pessoas com deficiência em situação de violência, assim como do evento e do provável agressor encontram-se detalhadas na Tabela 2. Os casos de violência notificados se concentram no sexo feminino (67%). A maioria das pessoas em situação de violência é branca, adulta e apresenta deficiência mental. Entre as vítimas com deficiência, 39,6% das notificações correspondem a pessoas negras, sendo o segundo grupo de cor da pele (raça/cor) mais notificado. A faixa etária de 20 a 59 anos (adultos) concentra 61,6% dos casos notificados de violência, sendo a mediana da idade das vítimas com deficiência de 33 anos. A deficiência mental (transtorno mental e transtorno de comportamento) apresenta a maior frequência dentre as notificações. A deficiência intelectual

também aparece com grande frequência nessas pessoas em situação de violência (22,1%, $p>0,05$), não possuindo divergência epidemiológica significativa entre homens e mulheres.

É importante destacar os casos de violência autoprovocada notificados contra pessoas com deficiência entre 2011 e 2017, que correspondem à 44,5% das notificações ($p=0,001$). Na população em geral, a ocorrência de violência autoprovocada no mesmo período foi de 17,1%.

Quanto à natureza da violência, a violência física apresentou a maior frequência dentre as notificações, não tendo diferença significativa entre homens e mulheres (51,6%; $p>0,05$). Há importante destaque para as violências psicológica/moral e sexual, que foram notificadas significativamente mais em mulheres com deficiência, respectivamente 1,5 vezes e 2,6 vezes mais no sexo feminino. No caso dos homens com deficiência, a negligência/abandono foi significativamente mais frequente (21,3%; $p<0,001$) do que nas mulheres, representando a segunda violência mais notificada no sexo masculino. Para ambos os sexos, em menor proporção, foram referidos casos de intervenção legal (0,3%), trabalho infantil (0,2%) e tráfico de seres humanos (0,1%).

Mais da metade das notificações (51,7%) indicou que a violência ocorreu outras vezes, sendo as mulheres as principais atingidas (54,6%; $p<0,001$).

Os principais prováveis agressores nos eventos de violência contra pessoas com deficiência notificados foram familiares (36,5%). Ao excluir as notificações que indicam ocorrência de violência autoprovocada, verifica-se maior proporção de agressores do sexo masculino (60,2%). O segundo provável autor mais frequente nas notificações são parceiros íntimos (21,5%), com destaque para a maior proporção em vítimas mulheres (28,3%; $p<0,001$), se comparado aos homens (7,4%; $p<0,001$). Na maioria das notificações, não há suspeita de uso de álcool pelo provável agressor (48,0%).

Tabela 1: Distribuição das notificações de violência contra pessoas com deficiência de acordo com características da vítima, do evento e do agressor, Brasil 2011 a 2017

Características	Masculino (N = 38.664; 33%)		Feminino (N = 77.546; 67%)		Total ^b (N = 116.219; 100%)		p-valor ^a
	N	%	N	%	N	%	
A vítima							
Raça/Cor (N = 106.334)							
Branca	19.153	49,5	39.757	51,3	58.910	50,7	<0,001
Negra - "preta" e "parda"	15.528	40,2	30.542	39,4	46.070	39,6	
Amarela	254	0,7	548	0,7	802	0,7	
Indígena	207	0,5	345	0,4	552	0,5	
Em branco/ignorado/não se aplica	3.522	7,7	6.354	7,0	8.402	7,2	
Faixa Etária							
Crianças	3.814	9,9	3.287	4,2	7.101	6,1	<0,001
Adolescentes	8.591	22,2	14.870	19,2	23.461	20,2	
Adultos	20.671	53,5	50.901	65,6	71.572	61,6	
Idosos	5.559	14,3	8.436	10,9	13.995	12,0	
Em branco/ignorado/não se aplica	29	0,1	52	0,1	81	0,1	
Tipo de deficiência^c							
Mental	21.824	56,4	45.692	58,9	67.516	58,1	<0,001
Intelectual	8.654	22,4	17.013	21,9	25.667	22,1	0,086
Física	5.894	15,2	8.756	11,3	14.651	12,6	<0,001
Sensorial	3.085	8,0	5.802	7,5	8.887	7,6	0,003
Outras deficiências	5.081	13,1	10.130	13,1	15.211	13,1	0,710
O evento							
Violência autoprovocada							
Sim	17.449	45,1	34.238	44,2	51.687	44,5	0,001
Não	18.675	48,3	38.306	49,4	56.981	49,0	
Em branco/ignorado/não se aplica	2.540	6,6	5.002	6,5	7.542	6,5	
Natureza da violência^c							
Violência física	20.108	52,0	39.866	51,4	59.974	51,6	0,107
Violência psicológica/moral	6.705	17,3	19.994	25,8	26.699	23,0	<0,001
Negligência/abandono	8.220	21,3	9.247	11,9	17.467	15,0	<0,001
Violência sexual	2.295	5,9	11.877	15,3	14.172	12,2	<0,001
Violência financeira/econômica	1.088	2,8	2.424	3,1	3.512	3,0	0,003
Tortura	935	2,4	2.549	3,3	3.484	3,0	<0,001
Intervenção legal	173	0,4	221	0,3	394	0,3	<0,001
Trabalho infantil	131	0,3	97	0,1	228	0,2	<0,001
Tráfico de seres humanos	17	0,0	56	0,1	73	0,1	<0,001
Outros tipos de violência	9.617	24,9	20.902	27,0	30.519	26,3	<0,001
Violência de repetição							
Sim	17.737	45,9	42.309	54,6	60.046	51,7	<0,001
Não	12.430	32,1	21.776	28,1	34.206	29,4	
Em branco/ignorado/não se aplica	8.497	22,0	13.461	17,4	21.958	18,9	

Características	Masculino (N = 38.664; 33%)		Feminino (N = 77.546; 67%)		Total ^b (N = 116.219; 100%)		p-valor ^a
	N	%	N	%	N	%	
O agressor							
Provável autor da violência^c							
Familiares	10.172	46,7	14.225	31,5	24.397	36,5	<0,001
Parceiros Íntimos	1.612	7,4	12.772	28,3	14.384	21,5	<0,001
Amigos/conhecidos	4.169	19,1	7.319	16,2	11.488	17,2	<0,001
Outros vínculos	3.251	14,9	5.759	12,8	9.010	13,5	<0,001
Desconhecidos	2.582	11,9	5.033	11,2	7.615	11,4	0,054
Total	21.786	100	45.108	100	66.894	100	-
Sexo do provável autor^d							
Masculino	26.136	67,6	30.573	39,4	56.709	48,8	<0,001
Feminino	4.987	12,9	37.243	48,0	42.230	36,3	
Ambos os sexos	3.875	10,0	4.330	5,6	8.205	7,1	
Em branco/ignorado/não se aplica	3.666	9,5	5.400	7,0	9.066	7,8	
Suspeita de uso de álcool pelo provável agressor							
Sim	8.696	22,5	17.211	22,2	25.907	22,3	<0,001
Não	17.492	45,2	38.280	49,4	55.772	48,0	
Em branco/ignorado/não se aplica	12.476	32,3	22.055	28,4	34.531	29,7	

a) Teste Chi-quadrado de Pearson

b) Para a análise dos dados, foram desconsideradas as notificações de pessoas com deficiência com “sexo da vítima” inválido ou em branco.

c) Não corresponde a 100%, porque pode haver mais de uma opção para o mesmo caso notificado.

d) Incluídos os casos de violência autoprovocada.

Por vezes, as pessoas podem apresentar ao mesmo tempo mais de um tipo de deficiência, o que se configura como múltiplas deficiências. Das 116.219 notificações correspondentes à vítima com deficiência, 5.855 (5,0%) não indicam a tipologia de deficiência apresentada pela vítima e 18.486 notificações (15,9%) correspondem a pessoas em situação de violência com múltiplas deficiências (pelo menos duas deficiências associadas na mesma pessoa). A principal múltipla deficiência é deficiência mental com deficiência intelectual (7,2%) (Tabela 3).

Tabela 2: Distribuição do tipo de deficiência nas notificações de violência contra pessoas com deficiência, Brasil 2011 a 2017

Tipo de deficiência					Frequência (N)	Percentual (%)
Mental	Intelectual	Física	Sensorial	Outras		
Sim ^a	-	-	-	-	53.561	46,1
-	Sim ^a	-	-	-	12.387	10,7
-	-	-	-	Sim ^a	10.664	9,2
-	-	Sim ^a	-	-	9.508	8,2
Sim	Sim	-	-	-	8.405	7,2
-	-	-	-	-	5.855 ^b	5,0
-	-	-	Sim ^a	-	5.758	5,0
Sim	-	-	-	Sim	2.032	1,7
-	Sim	Sim	-	-	1.449	1,2
Sim	-	Sim	-	-	764	0,7
-	-	Sim	Sim	-	732	0,6
Sim	Sim	Sim	-	-	696	0,6
-	Sim	-	-	Sim	695	0,6
Sim	-	-	Sim	-	616	0,5
-	-	Sim	-	Sim	530	0,5
Sim	Sim	-	-	Sim	460	0,4
-	Sim	-	Sim	-	405	0,3
Sim	Sim	-	Sim	-	382	0,3
-	-	-	Sim	Sim	228	0,2
-	Sim	Sim	Sim	-	189	0,2
Sim	Sim	Sim	Sim	-	180	0,2
-	Sim	Sim	-	Sim	166	0,1
Sim	-	Sim	Sim	-	116	0,1
Sim	Sim	Sim	-	Sim	101	0,1
-	-	Sim	Sim	Sim	68	0,1
Sim	-	Sim	-	Sim	58	0,0
Sim	-	-	Sim	Sim	44	0,0
Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	43	0,0
Sim	Sim	-	Sim	Sim	41	0,0
-	Sim	-	Sim	Sim	35	0,0
-	Sim	Sim	Sim	Sim	33	0,0
Sim	-	Sim	Sim	Sim	18	0,0
Total					116.219	100,0

a) Indica apresentar apenas um tipo de deficiência. As demais linhas indicam múltiplas deficiências.

b) Notificações que indicam ser de pessoas com deficiência, porém não são apontados os tipos de deficiência apresentados pela vítima.

Entre os casos de lesão autoprovocada, observa-se que a deficiência mais atingida é a mental (76,3%) (Tabela 4).

Tabela 3: Distribuição das notificações de lesão autoprovocada contra pessoas com deficiência por tipo de deficiência da vítima, Brasil 2011 a 2017

Tipo de deficiência ^b	Masculino (N = 17.449; 33,8%)		Feminino (N =34.238; 66,2%)		Total (N = 51.687; 100,0%)		p-valor ^a
	N	%	N	%	N	%	
Mental	13.128	75,2	26.299	76,8	39.427	76,3	<0,001
Intelectual	2.859	16,4	4.682	13,7	7.541	14,6	<0,001
Física	698	4,0	809	2,4	1.507	2,9	<0,001
Sensorial	474	2,7	606	1,8	1.080	2,1	<0,001
Outras deficiências	2.156	12,4	4.429	12,9	6.585	12,7	0,061

a) Teste Chi-quadrado de Pearson

b) Não corresponde a 100%, porque pode haver mais de uma opção para o mesmo caso notificado.

Os casos de violência sexual notificados ocorreram em sua maioria com adolescentes com deficiência (42,8%), sendo que no sexo masculino ocorreram principalmente com vítimas adolescentes (48,3%) e crianças (31,9%), enquanto que nas mulheres, a distribuição dos casos ocorre especialmente nos adultos (45,2%) e adolescentes (41,7%) (Tabela 5).

Se considerarmos o crime de estupro de vulnerável como a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos(62), e extrapolarmos a faixa etária de crianças para 0 a 13 anos, nota-se que 57,7% das notificações de violência sexual entre homens com deficiência ocorreram com vítimas nessa faixa etária, configurando a maioria dos casos notificados. Realizando a mesma avaliação nas notificações de violência sexual contra mulheres com deficiência, 26,4% das vítimas indicaram possuir de 0 a 13 anos. Considerando ambos sexos, as notificações de violência sexual em indivíduos entre 0 e 13 anos com deficiência totaliza 31,5% das notificações do período.

Cabe destacar que o estupro de vulnerável, conforme legislação pertinente, não se caracteriza apenas na conjunção carnal ou prática de outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos, mas também com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem

o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência (63). Assim, conforme exposto na própria Súmula nº 593, a vulnerabilidade deve ser aferida em cada caso, não podendo se levar em conta apenas o critério etário (62).

No caso das PCD, embora elas sejam intrínseca e socialmente vulneráveis, o que se expressa nos processos de exclusão com a redução de sua capacidade de ação e reação em função da discriminação e opressão a que são submetidas, essa vulnerabilidade não deve ser confundida com incapacidade em função de uma premissa capacitista. O capacitismo é justamente a capacidade de ser e fazer que é reiteradamente negada às pessoas com deficiência em diversas esferas. Uma pessoa com deficiência, de acordo com o tipo e grau ou severidade da deficiência, pode não realizar, sozinha, determinadas atividades, dependendo de assistentes pessoais e/ou de cuidadoras. Mas o poder de tomar decisões sobre essas atividades deve ser creditada a elas, respeitando suas opiniões e desejos (64).

Tabela 4: Distribuição das notificações de violência sexual contra pessoas com deficiência de acordo com faixa etária e sexo da vítima, Brasil 2011 a 2017

Faixa Etária	Masculino (N = 2.294; 16,2%)		Feminino (N = 11.871; 83,8%)		Total (N = 14.165; 100%)		p-valor ^a
	N	%	N	%	N	%	
Crianças (0 a 9 anos)	732	31,9	1.231	10,4	1.963	13,9	<0,001
Adolescentes (10 a 19 anos)	1.108	48,3	4.956	41,7	6.064	42,8	
Adultos (20 a 59 anos)	414	18,0	5.360	45,2	5.774	40,8	
Idosos (igual ou acima de 60 anos)	40	1,7	324	2,7	364	2,6	

a) Teste Chi-quadrado de Pearson

As notificações ocorreram predominantemente nas regiões sudeste (47,1%) e sul (30,0%) do Brasil. A média de notificações por Unidades da Federação (UF) foi igual a 4.304, variando de 82 notificação no Amapá a 24.891 notificações em São Paulo, estado responsável por aproximadamente 21% de todas as notificações. Todas as UF realizaram notificação de violência no referido período, tendo destaque os Estados de São Paulo (21%), Minas Gerais (18%), Rio Grande do Sul (13%) e Paraná (11%) (Tabela 6). Amapá, Rondônia, Sergipe, Acre

e Roraima são os que menos notificaram casos de violência contra pessoas com deficiência no período analisado. Em 99,4% dos casos houve coincidência entre o Estado de notificação da violência, o de ocorrência do caso e o de residência da vítima. As notificações foram procedentes de 3.635 municípios brasileiros.

Tabela 5: Distribuição das notificações de violência contra pessoas com deficiência por região geográfica e Unidade Federativa (UF), Brasil 2011 a 2017

Região Geográfica	UF	Quantidade	
		N	%
Centro-Oeste		9.620	8,3
	Distrito Federal	1.446	1,2
	Goiás	3.107	2,7
	Mato Grosso do Sul	4.263	3,7
	Mato Grosso	804	0,7
Nordeste		12.886	11,1
	Alagoas	1.101	0,9
	Bahia	2.216	1,9
	Ceará	1.603	1,4
	Maranhão	779	0,7
	Paraíba	644	0,6
	Pernambuco	3.299	2,8
	Piauí	1.583	1,4
	Rio Grande do Norte	1.298	1,1
	Sergipe	363	0,3
Norte		4.094	3,5
	Acre	409	0,4
	Amazonas	661	0,6
	Amapá	82	0,1
	Pará	976	0,8
	Rondônia	330	0,3
	Roraima	419	0,4
	Tocantins	1.217	1,0
Sudeste		54.780	47,1

Região Geográfica	UF	Quantidade	
		N	%
	Espírito Santo	3.124	2,7
	Minas Gerais	20.373	17,5
	Rio de Janeiro	6.392	5,5
	São Paulo	24.891	21,4
Sul		34.839	30,0
	Paraná	13.053	11,2
	Rio Grande do Sul	14.537	12,5
	Santa Catarina	7.249	6,2
Brasil		116.219	100,0

A maioria dos episódios de violência contra pessoas com deficiência ocorreu em zona urbana (83,5%), sendo o principal local de ocorrência o domicílio (75,1%). Não houve registro de violência em local de prática esportiva e indústria/construção. 116.151 notificações (99,9%) contemplam informação sobre o número de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do serviço de saúde que realizou a coleta dos dados, sendo indicados 13.195 serviços que realizaram as notificações de violência contra pessoas com deficiência entre os anos de 2011 e 2017, desses, 12.972 serviços foram identificados no CNES. Os demais registros informados apresentam erro ou não corresponde a serviço com cadastro ativo no CNES na referida data de consulta ao sistema. Os principais tipos de estabelecimento de saúde que notificaram casos de violência contra pessoas com deficiências foram unidades de saúde primária (57,2%) e hospital/pronto atendimentos e afins (28,1%), totalizando 85,3% dos casos. A maioria era de natureza jurídica pública (88,4%) e gestão municipal (82,6%) (Tabela 7).

Dentre os serviços de saúde notificadores de violência contra pessoas com deficiência, 17 (7,6%) eram habilitados pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) em junho de 2019, de um montante de 223 CER habilitados na

referida data. Desses, diferentes tipologias de serviços são observadas, sendo 8 Clínica/Centro de especialidade, 5 Hospital Geral, 3 Policlínica e 1 Hospital especializado.

Tabela 6: Distribuição das notificações de violência contra pessoas com deficiência de acordo com zona, local de ocorrência e serviço de saúde notificador, Brasil 2011 a 2017

Características	Total ^a (N = 116.219; 100%)	
	N	%
Zona		
Urbana	97.001	83,5
Rural	9.597	8,3
Periurbana	1.311	1,1
Total^a	116.219	100
Local		
Residência	87.284	75,1
Via pública	11.297	9,7
Outro	5.833	5,0
Escola	1.423	1,2
Comércio/Serviços	1.265	1,1
Bar ou similar	1.247	1,1
Habitação coletiva	1.096	0,9
Total^a	116.219	100
Tipo de estabelecimento^b		
Unidade de saúde primária	7.544	58,2
Hospital e Pronto Atendimentos	3.703	28,5
Policlínica	721	5,6
Centro de Atenção Psicossocial	422	3,3
Outros	582	4,5
Total^{c,d}	12.972	100
Gestão responsável^b		
Municipal	10.900	84,0
Dupla	1.352	10,4
Estadual	719	5,5
Federal	0	0,0
Total^{c,d}	12.972	100
Natureza jurídica^b		
Pública	11.664	89,9
Entidade sem fins lucrativos	946	7,3

Características	Total ^a (N = 116.219; 100%)	
	N	%
Privada	347	2,7
Pessoa física	8	0,1
Total^{e,d}	12.972	100

a) Os totais divergem devido a dados perdidos (em branco/ignorado/não se aplica).

b) Utilizado como referência a base do CNES do ano 2019 competência 06.

c) 116.219 notificações realizadas no período, sendo 114.958 com CNES válidos (98,9%), 1.193 com CNES inválidos e 68 não indicaram o CNES do serviço. Os CNES válidos correspondem a 12.972 serviços notificadores.

d) Os totais divergem devido a dados inválidos ou dados inexistentes na base do CNES.

Considerando que as principais portas de entrada das pessoas no SUS é a atenção primária à saúde e a atenção hospitalar, observa-se que apenas 18,6% desses serviços cadastrados no SCNES notificaram violência contra PCD no período de análise (Tabela 8).

Tabela 7: Serviços notificadores de violência contra pessoa com deficiência versus serviços cadastrados no CNES, por tipologia

Tipo de estabelecimento	Cadastrados no CNES ^a (N)	Notificadores de violência contra PCD (N)	Serviços cadastrados notificadores (%)
Unidade de saúde primária	47.400	7.544	15,9
Hospitais e Pronto Atendimentos	13.174	3.703	28,1
Centro de Atenção Psicossocial	3.051	422	13,8
Clínicas e policlínicas	60.727	721	1,2
Outros	216.332	582	0,3
Total	340.684	12.972	3,8

a) Consulta do CNES em 25/08/2019.

7 DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou a análise do panorama da violência contra PCD no Brasil a partir da caracterização dos casos notificados no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde por serviços de saúde brasileiros entre os anos de 2011 e 2017. Apresenta, ainda, o perfil epidemiológico da violência contra pessoa com deficiência segundo sexo e permite conhecer com mais detalhes aspectos relacionados à vítima, ao evento notificado, ao agressor e à unidade de saúde notificadora.

No entanto, algumas limitações ao estudo se destacam, a começar pelo fato de que nem todas as ocorrências de violência são efetivamente notificadas, seja porque a vítima não teve acesso à unidade de saúde, seja por dificuldades técnica ou operacional para o registro pelos profissionais, serviços ou gestores da saúde. Outra questão importante é a qualidade da informação produzida, que por vezes encontra-se incompleta ou com erros.

Especificamente em relação ao tipo de deficiência apresentada, há um grande número de notificações de vítima sinalizadas com “outras deficiências”. É observado que a própria orientação apresentada no Instrutivo VIVA(39) para o referido campo reforça o modelo biomédico, uma vez que utiliza exemplos que focam no impedimento biológico (ex.: síndrome de Wilson, síndrome de Down, síndrome de West, osteogênese imperfeita, transtorno do espectro do autismo) que poderia levar à deficiência e não no produto da relação entre os impedimentos e as diversas barreiras enfrentadas (17,32). Além disso, as respostas apresentadas para esse campo reforçam que, mesmo estando padronizada pela Convenção e LBI (a partir da mudança paradigmática com o modelo social), os profissionais de saúde e a sociedade civil ainda não utilizam em seu cotidiano essa definição de deficiência, prendendo-se ao modelo biomédico e, até mesmo as próprias pessoas com deficiência, muitas vezes, não se identificam como “pessoas com deficiência”, fatos relatados na literatura (58,65) e que podem gerar confusão ou erros no preenchimento da Ficha de Notificação. Uma forma de

fornecer a informação da deficiência a partir do modelo social, mais adequado às normativas atuais, poderia ser com base na perda funcional do indivíduo(65).

A análise dos dados, no referido período, indica aumento expressivo no número de notificações de violência contra PCD a cada ano, bem superior ao da população sem deficiência. Isso pode sugerir que as diversas ações e normativas nacionais e internacionais direcionadas a esse público, além da mobilização desse grupo social, tem facilitado o acesso (em seu conceito mais amplo) das PCD vítimas de violência aos serviços de saúde.

Ao avaliar com maior detalhamento as notificações de violências contra pessoas com deficiência, sugere-se que o problema ocorra com maior frequência entre vítimas do sexo feminino, corroborando a literatura (3,34,66,67). Isso pode ser explicado pelo duplo estigma e maior desvantagem que as mulheres com deficiência sofrem em relação a participação social, direitos sexuais e reprodutivos, educação, trabalho e renda. No caso de mulheres, embora existam similaridades nas formas de violências sofridas entre aquelas com e as sem deficiência, há especificidades relacionadas às mulheres com deficiência, tais como o isolamento social, a dependência de educador, cuidador e prestador de serviços, o tipo de deficiência e o grau de funcionalidade associada à deficiência, a impossibilidade de defesa física de algumas pessoas com deficiência e diversos outros impedimentos à percepção e à reação diante do abuso que podem contribuir para o maior risco à violência (34).

Nosek et al (68) enumeraram nove motivos que explicariam a maior vulnerabilidade à vitimização das mulheres com deficiências, que também podem ser considerados para pessoas com deficiência em geral, são eles:

- 1) Intensa dependência de cuidados;
- 2) Impotência diante da negação dos direitos humanos;
- 3) Dificuldades em fazer com que os outros acreditem em seus relatos;
- 4) Menor instrução em saúde sexual e reprodutiva;

- 5) Isolamento social;
- 6) Vulnerabilidade e desamparo físico em locais públicos;
- 7) Falta de independência econômica;
- 8) Percepção, pelo agressor, do menor risco de ser descoberto;
- 9) Valores e atitudes preconceituosos prejudiciais dentro do campo das deficiências em relação à inclusão e integração;

Além dos diferenciais relacionados ao sexo da vítima, a interseccionalidade da deficiência com outras categorias, como raça/etnia, classe social e faixa etária, torna algumas pessoas ainda mais propensas a sofrerem violência (34). A prevalência de PCD é maior em países de baixa renda do que nos de renda mais alta, sendo que 80% delas vivem em países em desenvolvimento. Populações mais pobres, mulheres, pessoas idosas, crianças e grupos étnicos minoritários têm uma prevalência maior de deficiência, evidenciando a maior vulnerabilidade dessas pessoas (1).

No entanto, a partir dos dados avaliados no presente trabalho, as pessoas com deficiência em situação de violência possuem predominantemente cor da pele branca, contrariando dados do Censo 2010 que indicam pretos e amarelos como os grupos em que se verificaram maiores proporções de PCD (29). Vale ressaltar que as notificações analisadas não contemplam a totalidade dos casos ocorridos de violência, sendo que parte pode não ter sido notificada, ou ter sido notificada apenas em outro setor, como na segurança pública (delegacias). Além disso, a população negra é uma das mais desfavorecidas e apresenta menor acesso aos serviços de saúde, o que também pode refletir no menor número de notificações referentes a esse grupo populacional (69–71)

Outro aspecto importante é a naturalização da violência contra a população negra decorrente do racismo. Essa naturalização ocorre com indivíduos e grupos (não apenas com as vítimas), gerando sentimentos, pensamentos, condutas pessoais e interpessoais, atuando

também sobre processos e políticas institucionais, e influenciando diretamente na notificação dos casos de violência contra essas pessoas(70,72).

Ainda sobre esse dado, destaca-se o alto percentual de notificações sem informação de raça/cor adequadamente preenchida (7,2%), o que sugere dificuldade de preenchimento desse campo na ficha de notificação, devendo ser um alerta para a melhoria da qualidade do preenchimento.

Fenômeno parecido pode ser sugerido para as faixas etárias mais vulneráveis, como crianças e idosos, e para os tipos de deficiência que geram maior perda funcional, especialmente com relação ao raciocínio e à comunicação, que levam ao maior grau de dependência a outras pessoas. Essas pessoas apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e quando são atendidos, nos casos de violência, não conseguem ou se sentem intimidados para notificar o ocorrido, até mesmo porque em muitos casos o agressor pode ser o próprio acompanhante. (3,73). No caso de crianças e adolescentes com deficiência, a tensão e a sobrecarga emocional e física sofrida pelos pais ao cuidar dos filhos com deficiência, a ausência de apoio comunitário à família e o preconceito a que estão sujeitas podem gerar aumento do risco de sofrerem violência (74).

As principais deficiências relatadas nas notificações de violência foram a mental (transtorno mental e transtorno de comportamento) e a intelectual, semelhante ao relatado na literatura (1,3,75–77). A maior exposição a diferentes tipos de violência por crianças e jovens com deficiência mental, transtornos de comportamento ou múltiplas deficiências pode ser justificada pela dificuldade de manejo das PCD em suas atividades diárias e de atenção dos cuidadores (77).

Nesse estudo, em relação à violência sexual, os dados sugerem que as mulheres com deficiência são predominantemente mais propensas a sofrerem esse tipo de violência (83,8%; $p > 0,001$) do que os homens com deficiência. A literatura reforça que a mulher com

deficiência mental é duplamente vulnerável e sofre maior risco do que aquela sem deficiência, o que pode ser justificado por dificuldades no julgamento e em habilidades sociais que resultam em maior vulnerabilidade; dificuldades de comunicação; inabilidade em buscar ajuda ou em denunciar o abuso; falta de conhecimento para se defender do abuso; falta de conhecimento sobre comportamento sexual apropriado; dependência excessiva de terceiros (4).

Em revisão sistemática de estudos observacionais que analisam o histórico de violência e o risco de evento agudo (incidente) contra adultos com deficiência, as estimativas de prevalência de violência recentes foram mais altas em indivíduos com deficiência mental. No entanto, a maioria dos estudos analisados se concentrou em indivíduos com esse tipo de deficiência, enquanto que os outros tipos de deficiência foram negligenciados. Além disso, poucos estudos usaram desenhos que permitiram identificar a relação de causalidade entre deficiência e violência. O mesmo artigo justifica que as dificuldades interpessoais são inerentes em indivíduos com deficiência mental, o que aumenta sua vulnerabilidade (78).

Diversas notificações de violência indicam vítimas com múltiplas deficiências (15,9%). A maior ocorrência nas notificações é a de deficiência mental juntamente com a deficiência intelectual (7,2%), corroborando a literatura que indica a alta prevalência de diagnósticos de transtornos mentais entre pessoas com deficiência intelectual (79–84). No entanto, conforme mencionado anteriormente, a fragilidade das informações sobre tipologia de deficiência torna difícil a análise dos dados. No caso específico das deficiências mental e intelectual, ocorreram diversas mudanças nas definições ao longo dos anos e historicamente há confusão nas terminologias usadas (85,86). Assim, não é possível confirmar se essas vítimas apresentam os dois tipos de deficiência, ou se houve a marcação de ambos pela dificuldade de categorizar em qual tipologia se encaixa a deficiência da vítima.

Em relação ao evento de violência, destaca-se a alta quantidade de notificações de violência autoprovocada contra PCD se comparada à população geral, especialmente contra pessoas com deficiência mental. Esse dado é ratificado por diversos estudos que correlacionam deficiência mental e violência autoprovocada e suicídio (87–89). No entanto, a partir dos dados de notificação de violência não é possível conhecer a relação entre violência autoprovocada e intenção ou tentativa de suicídio nas pessoas com deficiência, muito menos se de fato o autoextermínio se concretizou. Para entender melhor esse fenômeno, são necessários novos estudos sobre a temática.

Uma das possíveis justificativas para o grande número de notificações de violências autoprovocadas é que, ainda hoje, grande montante de pessoas com deficiência vive em instituições e residências de acolhimento nas quais são constrangidas pela natureza intrinsecamente rígida da instituição que não dá atenção adequada às vontades e demandas pessoais, levando a quadros de agressividade, violência e comportamentos que podem resultar em autoflagelação(33).

Além disso, nos casos em que a pessoa com deficiência apresenta dificuldade de comunicação (por exemplo, em deficiências mentais e intelectuais), o responsável ou o cuidador é a pessoa indicada a dar informações sobre o ocorrido(20). Nesses casos, é possível que parte das violências notificadas como autoprovocadas tenha sido ocasionada pelos próprios responsáveis ou cuidadores, que não possuem treinamento adequado para ajudar pessoas com deficiência e, por vezes, utilizam contenção ou restrição física, sedação ou medicação forçada e desnecessária, que podem provocar lesões nas pessoas com deficiência(33). É possível também que, diante da sobrecarga física e emocional qual estão submetidos esses responsáveis ou cuidadores, acabam propensos a se tornarem agressores(28,74).

Em contrapartida, existe a possibilidade de casos de violência autoprovocada não terem sido notificados por medo, por parte dos responsáveis, de que ao levar a vítima ao serviço de saúde para os cuidados necessários, seja levantada suspeita de que eles sejam os prováveis agressores.

Avaliando a natureza das violências interpessoais contra as PCD, a violência física foi a mais notificada (51,6%) nos serviços de saúde, embora estudos sugiram que outros tipos de violência, tais como violência psicológica/moral e sexual, sejam tão frequentes quanto a violência física (3). Os dados do VIVA/Sinan analisados podem sugerir que a vítima só chega aos serviços de saúde quando ocorre algum dano físico que tenha necessidade de intervenção e apoio dos profissionais de saúde, ocorrendo nesse momento sua notificação. Outra possível explicação seria que essa violência é mais facilmente identificada pela vítima, pelos responsáveis, cuidadores e pelos profissionais de saúde. Essas justificativas podem influenciar no maior número de notificações para essa natureza de violência. (90,91)

Ainda sobre a natureza das violências notificadas, destaca-se a ocorrência de violência psicológica/moral (25,8%) e violência sexual (15,3%) em mulheres com deficiência. Nesse mesmo grupo destaca-se a ocorrência de violência de repetição, relatada em 54,6% das notificações, enquanto que na população de mulheres em geral esse percentual foi de 36,9% (66,73,92). Considerando apenas casos notificados de violência sexual contra PCD, também é observada diferença significativa no perfil das vítimas por sexo, envolvendo majoritariamente vítimas mulheres (83,8%), especialmente adolescentes e adultas (86,9%). Nesse contexto, a análise interseccional permite examinar e entender os problemas transversais das mulheres com deficiência afetadas pela violência, incluindo questões sociais, atitudinais e assistenciais (93). Nos homens, a violência sexual atinge principalmente adolescentes (48,3%), reafirmando dados da literatura (60,94,95).

Acerca das notificações de violência de repetição, cabe apontar o alto percentual de respostas em branco/ignorado/não se aplica, sugerindo possível erro no preenchimento da Ficha de Notificação. Para essa questão, o fato de acompanhantes no atendimento em saúde muitas vezes serem os autores da violência também dificulta a identificação do histórico crônico do evento. Um ponto importante a se destacar sobre esse dado é a necessidade de comunicação e articulação intersetorial para que sejam implementadas ações complementares de forma a apoiar as vítimas, criar um ambiente seguro e evitar a impunidade sobre os agressores.

Ao avaliar os prováveis perpetradores de violência contra PCD, verifica-se que são predominantemente pessoas do sexo masculino, com envolvimento próximo ou íntimo com as vítimas, ratificando o observado na literatura (3,96). Isso gera maior dificuldade em dar visibilidade ao problema, seja pelo seu caráter relacional, pela menor autonomia das vítimas em comunicar os eventos ou pelo estigma social e sentimento de vergonha.

Outra questão importante é o cuidador (que em muitos casos é o próprio familiar) enquanto agressor. Durante a rotina diária, essas pessoas sofrem a sobrecarga do trabalho do cuidar, podendo gerar violências, fato bastante relatado por pais de pessoas com deficiência intelectual/mental (74). Nesses casos é ainda mais importante o olhar atento dos profissionais de saúde para captar as violências “ocultas” e prover o cuidado e o encaminhamento oportuno, de forma humanizada, dentro da rede de atenção à saúde e proteção social. Além disso, urgem políticas para regulamentação, capacitação e fortalecimento da atividade de cuidador, possibilitando o desempenho qualificado do cuidar.

Ao avaliar a distribuição das notificações quanto à localização, verifica-se que a residência da vítima coincide com o local de ocorrência e o de notificação da violência em 99,4% dos casos, indicando que a notificação ocorre no município de residência dessas pessoas.

As notificações ocorreram predominantemente na zona urbana (83,5%), coincidindo com dados gerais de distribuição da população brasileira (84,36% da população está localizada em zona urbana pelo Censo 2010) (97). Isso também pode sugerir maior dificuldade de acesso da população rural aos serviços de saúde conforme relatado na literatura (58,98,99), seja pela inexistência de serviços capacitados para o atendimento das PCD nessas localidades ou por outras barreiras que impedem os pacientes de chegarem aos serviços de saúde, ou ainda pela não notificação dos casos de violência pelos serviços de saúde, por dificuldades técnicas ou por conflitos de interesse e medo por parte dos profissionais que realizam as notificações. Os casos de violência notificados ocorreram principalmente nas residências das vítimas (75,1%), o que corrobora a informação de que o provável agressor é uma pessoa com grande proximidade da vítima, como um familiar ou um parceiro íntimo (3). Além disso, parte significativa da população com deficiência fica confinada em lares ou encontra-se institucionalizada, apresentando acesso restrito a ambientes externos, o que pode influenciar na menor proporção de notificações de violências ocorridas nesses ambientes.

Ao avaliar a distribuição das notificações por região de ocorrência, destacam-se as regiões geográficas que concentram a maior parte da população do país, tendo, portanto, um viés populacional na análise. No entanto, pode sugerir também uma distribuição não equânime dos serviços de saúde notificadores, apontando desigualdades regionais que devem ser criteriosamente avaliadas e atendidas. A distribuição geográfica das notificações de violência contra PCD é semelhante à distribuição em outros grupos populacionais (60), indicando não ser restrita às pessoas com deficiência.

Além disso, é preciso considerar que a quantidade de notificações identificadas em cada UF é resultado de um processo contínuo de aprimoramento da vigilância de violências e da sensibilização de gestores e profissionais de saúde para a utilização dessa importante ferramenta de cuidado (60). No caso específico da violência contra pessoas com

deficiência, também reflete a organização da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em seus diferentes níveis de cuidado e em suas interseções com as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Praticamente todas as notificações (99,9%) mencionam o serviço de saúde que realizou a coleta dos dados da violência, ratificando a robustez do preenchimento e repasse de informações relativo a esse campo da Ficha de Notificação.

Os principais tipos de estabelecimento de saúde que notificaram a ocorrência de violência contra PCD foram unidades de saúde da atenção primária, hospitais, prontos atendimentos e afins (85,3%), reafirmando esses serviços de saúde como porta de entrada para o atendimento dessa população. No entanto, parte das notificações foram realizadas por serviços de saúde específicos para o cuidado da população abordada, CAPS e CER, indicando a existência de ações relativas ao enfrentamento da violência contra esse público nesses serviços. Outra característica dos serviços notificadores é a natureza jurídica pública (88,4%) e a gestão municipal (82,6%). Cabe ressaltar que os dados foram obtidos através do SCNES e que o cadastramento dos serviços de saúde nesse sistema é de responsabilidade do gestor local.

Quanto às notificações realizadas na atenção primária, predominantemente de natureza jurídica pública e gestão municipal, apenas 15,9% das unidades de saúde da atenção primária cadastradas no SCNES realizaram notificação de violência contra PCD. Esse baixo percentual vai ao encontro de pesquisas que indicam a dificuldade de acesso das PCD às unidades de saúde primária (58,100–102). Além disso, pode sugerir dificuldade e problemas desses serviços para notificar os casos de violência, tais como falta de conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde, falta de estrutura, comunicação e articulação do sistema de vigilância de violências, gerando subnotificação dos casos de violência contra PCD.

Embora a Convenção Internacional dos Direitos das pessoas com Deficiência, a RCPD e a RAPS prevejam ações para o reconhecimento e a promoção dos direitos das pessoas com deficiência e com transtornos mentais e proíbam discriminação em todas as áreas da vida, abordando também a questão da violência, a proteção das PCD e o cuidado às vítimas de violência ainda são deficitários (102), sendo necessária a melhoria na vigilância e na assistência à saúde.

Percebe-se, portanto, com esse estudo, que a violência tem consequências biológicas, sociais e econômicas importantes para as pessoas que a vivenciam, para as famílias e para as sociedades. Ela se torna um desafio ainda maior para as pessoas com deficiência, que enfrentam barreiras de diversas naturezas e sofrem todo tipo de discriminação, preconceito, estigma e opressão(1,2,35,103).

Como muitos outros problemas de saúde no mundo, a violência não está distribuída igualmente por sexo, idade ou pela presença e tipo de deficiência da vítima. Além disso, são escassos os estudos que descrevam seus aspectos epidemiológicos.

Assim, conhecer o perfil das PCD em situação de violência, o perfil das violências interpessoais e autoprovocadas perpetradas contra esse público, além do perfil dos prováveis autores de violências e o local de ocorrência, permite entender o contexto de vulnerabilidade e exclusão ao qual as pessoas com deficiência estão imersas, sendo a violência apenas uma de suas formas de expressão.

8 CONCLUSÃO

Os dados analisados revelam maior notificação de violência contra mulheres com deficiência, reafirmando a interseccionalidade entre as categorias sexo e deficiência. Também se destaca a notificação de violência contra pessoas com deficiência mental, intelectual ou com múltiplas deficiências; o alto percentual de PCD com notificação de violência autoprovocada, violência física e violência sexual (nesse caso, especialmente mulheres); a proximidade dos agressores com a vítima (familiares ou parceiros íntimos); e o predomínio das notificações em regiões urbanas por unidades de saúde primária.

Diversas normativas e ações foram estabelecidas nos últimos anos, no entanto, apesar de todo esse avanço, ainda existem grandes desafios no que concerne à prevenção de violência contra PCD, a começar pela divulgação de informações sobre o assunto, seguindo de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde e gestores no atendimento às vítimas, especialmente nos casos de violência “não declarada”, além da qualificação do sistema de vigilância de violência e outros agravos para o atendimento específico a esse grupo populacional.

Assim, espera-se com este trabalho fornecer informações necessárias para subsidiar políticas públicas no combate à violência contra PCD, além de apoiar ações de conscientização da sociedade, dos profissionais de saúde e dos gestores públicos.

Por fim, embora não seja escopo desse projeto, cabe destacar a articulação intersetorial com os demais integrantes da rede de proteção integral, constituída por executores das políticas sociais, órgãos de proteção e garantia de direitos, operadores da lei e da segurança pública e organismos não governamentais e comunitários que atuam na defesa dos direitos humanos e na emancipação dos sujeitos (89), de forma a obter maior efetividade nas ações de atenção integral às pessoas em situação de violência, incluindo as PCD.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, The World Bank. Relatório Mundial Sobre a Deficiência / World Report on Disability [Internet]. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos.; 2011. 1–360 p. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf?ua=1
2. World Health Organization. Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência. 2014.
3. Shakespeare T. Disability rights and wrongs revisited. Vol. 17, Scandinavian Journal of Disability Research. 2014. 95–97 p.
4. Williams LCA. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. Rev Bras Educ Espec. 2003;
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2001.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001 [Internet]. 2001. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html
7. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [Internet]. 1990. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
8. Lei nº 10.778, de 26 de novembro de 2003 Notificação compulsoria violencia contra mulher.pdf.
9. Brasil. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso [Internet]. Presidência da República; 2003 [cited 2019 Nov 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm
10. Brasil. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004 [Internet]. 2004. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5099.htm
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004 [Internet]. 2004. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html
12. Almeida LGR de. Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Rio de Janeiro. 2004;109. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-420873>
13. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 [Internet]. 2006. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
14. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 [Internet]. 2006. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. 2006.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. 2006.
17. Brasil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [Internet]. Brasília; 2009. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
18. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities and its Optional Protocol (A/RES/61/106) [Internet]. 2007 [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>
19. Brasil M da S. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 15]. Available from: www.saude.gov.br/
20. Brasil M da S. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Saúde M da SS de V em SD de V de D e ANT e P da, editor. Brasília; 2016 [cited 2019 Mar 6]. 92 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_
21. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência [Internet]. 2010 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <http://www.saude.gov.br/editora>
22. Brasil M da S. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011 [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 17]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
23. Brasil. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011 [Internet]. 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm
24. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011 [Internet]. 2011. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
25. Brasil M da S. Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 17]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
26. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
27. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF; 2015.
28. Wanderer A, Pedroza RLS. A violência como tema transversal aos estudos sobre a deficiência: interconexões necessárias. Estud e Pesqui em Psicol [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 27];15(1):2015. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a11.pdf>
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2010 [cited 2019 Nov

- 15]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais. André Simões, Leonardo Athias LB, editor. Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2018.
 31. Diniz D, Barbosa L, Santos WR dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur Rev Int Direitos Humanos*. 2009 Dec;6(11):64–77.
 32. Diniz D. O que é deficiência. 2007.
 33. Human Rights Watch. Uma vida de isolamento e negligência em instituições para pessoas com deficiência no Brasil [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 22]. Available from: <https://www.hrw.org/pt/report/2018/05/23/318044>
 34. Mello AG de, Nuernberg AH. Gênero e deficiência : interseções e perspectivas. *Rev Estud Fem*. 2012 Sep;20(3):635–55.
 35. United Nations Development Programme. Human Development Report 2016: Human Development for Everyone [Internet]. United Nations Development Programme. 2016 [cited 2019 Nov 15]. 286 p. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf
 36. Brasil M da S. Violência intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço. Saúde S de P de, editor. 2001.
 37. Bandeira DL. Brasil: fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para avançar na transversalização da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Brasília, DF; 2004.
 38. Cerqueira D, Palmieri P, Pesquisadora A, Marques D, Fbsp P, Reis M, et al. Atlas da Violência 2019 [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 15]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784&Itemid=432
 39. Brasil M da S. Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas [Internet]. Brasília, DF; 2019 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-Viva/vigilancia-de-violencias/orientacoes-para-notificacao-e-atendimento>
 40. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet*. 2007;11(suppl):1163–78.
 41. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
 42. Brasil M da S. Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 17]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
 43. Brasil. Viver sem Limites - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência [Internet]. 2013. Available from: www.pessoacomdeficiencia.gov.br
 44. Organização das Nações Unidas. Agenda 2030: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>
 45. Barbosa da Silva Jr. J. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004.
 46. Okumoto O, Brito SMF, Garcia LP. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. Vol. 27, *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*. NLM (Medline); 2018. p. e2018318.
 47. Conselho Nacional de Saúde B. Resolução n° 588, de 12 de julho de 2018.
 48. Brasil M da S. Orientações para notificação e atendimento [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 26]. Available from: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-Viva/vigilancia-de-violencias/orientacoes-para-notificacao-e-atendimento>
 49. Brasil M da S. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [Internet]. Saúde M da SS de V em SD de V de D e A não T e P da, editor. Brasília, DF; 2017 [cited 2019 Mar 6]. 22 p. Available from: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf
 50. Brasil M da SM da J. Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. 2015.
 51. Brasil. Lei n° 10.741, de 1° de outubro de 2003 [Internet]. 2003. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
 52. Minayo MC de S, Souza ER de S. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 1997; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000300006&script=sci_arttext
 53. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell’Agljo DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 May [cited 2019 Jan 30];18(5):1263–72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=pt&tln=pt

54. Magalhães M de L. Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
55. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg em Saúde para Debate*. 2014;14–29.
56. Albuquerque M do SV de, Lyra TM, Farias SF, Medeiros MF de, Martelli MPJ de L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*. 2014;38(special).
57. Martins KP, Da Costa TF, De Medeiros TM, Fernandes M das GM, de França ISX, Costa KN de FM. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Cien Saude Colet*. 2016;
58. Lyrio Ursine B, Luís Pereira É, Ferreira Carneiro F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2018;
59. Fiorati RC, Elui VMC. Social determinants of health, inequality and social inclusion among people with disabilities. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(2):329–36.
60. Brasil M da S. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Bol Epidemiológico nº 27* [Internet]. 2018;49. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>
61. World Health Organization. *Young People's Health - a Challenge for Society*. Geneva; 1986.
62. Brasil ST de J. Súmula n. 593, de 25 de outubro de 2017. 2017;690–850.
63. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 [Internet]. 2009. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm
64. de Mello AG. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: Do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do comitê de ética em pesquisa da UFSC. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016 Oct 1;21(10):3265–76.
65. Pereira ÉL, Barbosa L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: Percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016 Oct 1;21(10):3017–26.
66. Minayo MC de S, Souza ER de, Silva MMA da, Assis SG de. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Feb 11];23(6):2007–16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lng=pt&tlng=pt
67. Disabilities TIN of W with. *Violência contra Mulheres com Deficiência*. FIDUCCIA BFW, editor. Centro para Estudos de Políticas sobre Mulheres; 2011.
68. Nosek MA, Howland CA, Young ME. Abuse of Women With Disabilities Policy Implications [Internet]. Vol. 8, *Journal of Disability Policy Studies*. 1997 Apr [cited 2019 Jun 20]. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104420739700800208>
69. Brasil M da S. Painél de Indicadores do SUS Temático Saúde da População Negra [Internet]. Brasília, DF; 2016 [cited 2019 Nov 17]. 82 p. Available from: www.saude.gov.br/sgep
70. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude e Soc*. 2016 Jul 1;25(3):535–49.
71. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde em Debate*. 2013 Dec;37(99):681–90.
72. Cristina Silveira Lemos F, Habib Souza Aquime R, Carolina Farias Franco A, Paulo Freire Piani P. O extermínio de jovens negros pobres no Brasil: práticas biopolíticas em questão. *Pesqui e Práticas Psicossociais*. 2017;
73. United Nations Population Fund. *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 6]. Available from: <https://www.unfpa.org/contact>
74. Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: A systematic review of family challenges and coping strategies. Vol. 91, *Jornal de Pediatria*. Elsevier Editora Ltda; 2015. p. 111–21.
75. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* [Internet]. 2012 Sep 8 [cited 2019 Mar 9];380(9845):899–907. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795511>
76. Cruz DMC da, Silva JT, Alves HC. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. *Rev Bras Educ Espec*. 2007 Apr;13(1):131–46.
77. Cavalcante FG, Marinho AS do N, Bastos OM, Deus VV de, Maimone MS, Carvalho MM de, et al. Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2009;
78. Hughes K, Belis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against

- adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2012;379(9826):1621–9.
79. Bouras N, Holt G. Mental health services for adults with learning disabilities. Vol. 184, *British Journal of Psychiatry*. 2004. p. 291–2.
 80. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*. 2007 Jan;190(JAN.):27–35.
 81. Surjus LTDL e S, Campos RTO. Deficiência Intelectual e Saúde Mental: Quando a Fronteira Vira Território. *Rev P e Psique*. 2013 Apr 2;3(2):82–96.
 82. Surjus LT de L e S, Campos RTO. Interface entre Deficiência Intelectual e Saúde Mental: revisão hermenêutica. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2014 [cited 2019 Nov 15]; Available from: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>
 83. Tomaz RVV, Rosa TL, Van DB, Melo DG. Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. TT - [Public health policies for the intellectually disabled in Brazil: an integrative review]. *Cien Saude Colet*. 2016;
 84. Costello H, Bouras N. Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. Vol. 43, *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2006. p. 241–51.
 85. Sanches-Ferreira M, Lopes-Dos-Santos P, Santos MA. A desconstrução do conceito de deficiência mental e a construção do conceito de incapacidade intelectual: De uma perspectiva estática a uma perspectiva dinâmica da funcionalidade. *Rev Bras Educ Espec*. 2012 Oct;18(4):53–568.
 86. Santos S, Morato P. Acertando o Passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê? *Rev Bras Ed Esp*. 2012;3–16.
 87. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry [Internet]*. 2002 Oct [cited 2019 Nov 13];1(3):181–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946849>
 88. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol [Internet]*. 2016 [cited 2019 Nov 13];12(1):307–30. Available from: www.annualreviews.org
 89. Brasil M da S. Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde 3ª edição. 3ª. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia, editor. Brasília, DF; 2019.
 90. Costa MCO, De Carvalho RC, Santa Bárbara JDFR, Santos CAST, Gomes WDA, De Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: Vítimas, agressores e manifestações de violência. *Cienc e Saude Coletiva*. 2007 Sep;12(5):1129–41.
 91. Souza C dos S, Costa MCO, de Assis SG, Musse J de O, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(3):773–84.
 92. Brasil M da S. Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Saúde M da SS de V em SD de A de S de, editor. Brasília, DF; 2012.
 93. Thiara RK, Hague G, Mullender A. Losing out on both counts: Disabled women and domestic violence. *Disabil Soc*. 2011 Oct;26(6):757–71.
 94. de Sena CA, da Silva MA, Falbo Neto GH. The incidence of sexual violence among children and adolescents in Recife, State of Pernambuco, Brazil, in 2012 and 2013. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018 May 1;23(5):1591–9.
 95. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MA de S, de Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Gaucha Enferm*. 2011 Dec;32(4):781–7.
 96. Montoni R. Caracterização da Violência Contra Pessoas Com Deficiências No Município de São Carlos. Universidade Federal De São Carlos DDP, editor. São Carlos; 2004.
 97. IBGE. Censo demográfico 1940-2010. Até 1970 dados extraídos de: Estatísticas do século XX. [Internet]. 2010 [cited 2020 Mar 29]. Available from: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP122>
 98. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Inequality in access to health services between urban and rural areas in Brazil: A disaggregation of factors from 1998 to 2008. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6).
 99. Garnelo L, Lima JG, Soares E, Rocha C, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate [Internet]*. 2018 [cited 2019 Nov 15];42:81–99. Available from: <https://orcid>.
 100. Amorim ÉG, Liberali R, Medeiros Neta OM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. *Holos*. 2018 Feb 9;1:224–36.
 101. França ISX de, Coura AS, Baptista RS, Souza JA de, França EG de, Pagliuca LMF, et al. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2011;
 102. Mefano V. Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional. 2014;

103. Williams LC de A. Sobre Deficiência e Violência: Reflexões para uma Análise de Revisão de Área. Rev Bras Ed Esp. 2003;(9):141–54.
104. Barros ACMW, Deslandes SF, Bastos OM. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências Family violence in a sample of children and adolescents with disabilities La violencia familiar y el niño y/o adolescente con discapacidad. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 15];32(6):90415. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090415>
105. Calderbank R. Abuse and Disabled People: Vulnerability or social indifference? Disabil Soc. 2000;15(3):521–34.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação			
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)				
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros							9 Data da ocorrência da violência	
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		8 Unidade de Saúde		
Notificação Individual	10 Nome do paciente				Código (CNES)		11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1- Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado		
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica							17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe
	19 UF		20 Município de Residência			Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
Dados de Residência	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)			26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência			29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado			32 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares								
	Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação			
35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado									
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica)		3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica 9- Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1- Travesti 2- Mulher Transsexual		3- Homem Transsexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado				
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência			Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)			Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)			47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro _____ 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

SVS 15.06.2015

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