



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**EDUARDO MACHADO DE SANTANA**

**QUALIDADE DOS DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA  
INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA DO SINAN, SALVADOR, BAHIA  
(2015-2019)**

Salvador  
2022

**EDUARDO MACHADO DE SANTANA**

**QUALIDADE DOS DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA  
INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA DO SINAN, SALVADOR, BAHIA  
(2015-2019)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, com ênfase em Trabalho e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>: Iracema Viterbo Silva

Salvador  
2022

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

---

SANTANA, Eduardo Machado de Santana

Qualidade dos dados das notificações de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN, Salvador, Bahia (2015-2019) / Eduardo Machado de Santana. -- Salvador, 2022.78 f.

Orientadora: Iracema Viterbo Silva.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSCISC)) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2022.

1. Violência. 2. Notificação. 3. Qualidade de Dados. 4. Processo de Trabalho. 5. Educação Permanente. I. Título.

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**Eduardo Machado de Santana**

**QUALIDADE DOS DADOS DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA  
INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA DO SINAN, SALVADOR, BAHIA  
(2015-2019).**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 17 de março de 2022

Banca Examinadora:

---

Profa. Iracema Viterbo Silva – DIVAST/CESAT/SESAB

---

Prof. Juarez Pereira Dias– EBMSP

---

Profa. Mariluce Karla Bomfim de Souza -ISC/UFBA

Salvador  
2022

Dedico este trabalho a toda a classe trabalhadora, que foi vítima da violência e ainda será, e àqueles que se dedicam à prevenção e à compreensão da violência para sua superação.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para persistir e produzir um contexto que eu não poderia criar.

A minha esposa amada companheira, Mara Meireles, pela paciência e apoio irrestrito.

A minha filha Alicia, que é a minha maior produção nessa vida e me deu coragem para continuar.

Aos meus pais, José Raimundo e Noelia Machado (*In memoriam*), pelos ensinamentos e pela presença.

A minha orientadora, Iracema Viterbo, pelo apoio, orientações e pelo acolhimento de vida nessa caminhada.

A minha boadrasta, meus irmãos, sobrinhos e sobrinhas, primos e primas, tios e tias, madrinha e padrinho, avós e avôs, amigos e amigas, camaradas de luta pela confiança e incentivo.

Às instituições de ensino, com seus trabalhadores e trabalhadoras, que contribuíram para minha formação humana e profissional.

À turma de mestrado profissional, que produziu uma experiência coletiva de apoio que sustentou o diferencial desse espaço formativo.

Ao Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, pela oportunidade e pelo seu papel histórico na formação da força de trabalho que luta por uma sociedade melhor e mais igualitária.

Ao SUS e à educação pública, que são as molas propulsoras de mudanças sociais necessárias e que contribuíram enormemente para a formação deste trabalhador.

Enfim, sou imensamente grato por esse momento na minha vida e irei utilizar essa formação em prol da classe trabalhadora.

O primeiro muro é o mais difícil  
É de frente para o espelho  
Sozinho na solidão  
Ali no seu caos partícula  
Com sua cabeça confusa  
Tentando se encontrar  
Não me conheço direito  
Não sei do que sou capaz  
Só sei que não tenho nada

MANO BROWN

Se você puder chegar através da  
neve, da tempestade e da chuva,  
saberá que poderá chegar quando  
brilhar o sol e tudo estará bem.

MALCOLM X

Se você é capaz de tremer de  
indignação a cada vez que se  
comete uma injustiça no mundo,  
então somos companheiros.

CHE GUEVARA

## RESUMO

A violência é um fenômeno social com consequências devastadoras para as vítimas e para a sociedade como um todo, mas é possível encontrar grupos sociais e territórios nos quais esse impacto é mais incisivo, assim, existe a necessidade de um sistema de vigilância que produza dados e informações epidemiológicas de qualidade a partir da notificação nos serviços de saúde. O setor saúde, com sua força de trabalho e sua presença territorial e institucional, possui potencial e deveres na abordagem desse problema social. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a qualidade dos dados do sistema de vigilância de violência interpessoal e autoprovocada em Salvador – BA, no período de 2015 a 2019. Neste estudo, foi utilizada a escala de classificação para avaliação da completitude (excelente, bom, regular, ruim, muito ruim) e para avaliação da consistência (excelente, regular e baixa). Além disso, buscou-se compreender as necessidades formativas da força de trabalho advindas do ato de notificar a partir da avaliação da qualidade do sistema de informação. Nesse sentido, foram utilizados dados secundários, de livre acesso ao público, provenientes do SINAN, via portal da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB). A qualidade dos dados foi avaliada quanto a sua completitude e foram analisadas 16 variáveis da ficha de notificação da violência, entre campos obrigatórios e essenciais. Seguindo com a análise, foi realizada a avaliação de consistência dos dados a partir da seleção de algumas variáveis onde foram analisadas pela proporção de preenchimento inconsistente. A avaliação de completitude do conjunto das 16 variáveis analisadas pelo estudo aponta que, no período analisado, o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada foi ruim, pois, verificou-se uma média de 42,7% de informações ignoradas. A avaliação da consistência das relações entre variáveis que foram projetadas neste estudo apresentou um desempenho excelente com média de 99,9% na proporção de dados adequados. Os dados ignorados influem na qualidade da informação e, nesse sentido, no período estudado é necessário estabelecer uma atenção crítica sobre os resultados epidemiológicos. Ademais, compreender o processo de trabalho em saúde em relação a situações de violência para que se possa analisar e intervir nesse contexto e propiciar formação para os profissionais de saúde. As ações de educação permanente em saúde no contexto da assistência e da notificação da violência devem aprofundar a leitura das relações socioculturais e econômicas, que compõem a sociedade onde o trabalho em saúde acontece, e estabelecer maior sentido e intencionalidade no registro desses dados.

**Palavras-chave:** Violência. SINAN. Qualidade dos Dados. Processo de Trabalho. Educação Permanente.

## ABSTRACT

Violence is a social phenomenon with devastating consequences to the victims and to society as whole, but it is still possible to find social groups and territories in which this impact is higher, hence the need of a surveillance system that provides data and good quality epidemiological information from health services notifications. The health department, with its work force and territorial and institutional presence, has potential and duty on approaching this social problem. Therefore, it was analyzed the quality of notifications of interpersonal and self-inflicted violence in Salvador-BA, aiming to assess the surveillance system data quality, with completeness and consistence as criteria, during the period of 2015 to 2019. Besides, this research aimed to understand the formative needs of work force from the act of notifying by assessing the quality of the information system. So, secondary data was used, of public access, via SINAN, from Health Department of Bahia (SESAB). The data quality was evaluated by its completeness and 16 variables were analyzed in the violence notification file, between mandatory and essential fields. It was also evaluated the consistence of data by selecting some variables in which they were analyzed by proportion of filling incompleteness. Evaluation of 16 variables points out that, in the analyzed period, the notification of interpersonal and self-inflicted violence file filling was bad, for 42% of the information was ignored. The consistence evaluation among variables presented in this research showed up excellent performance, with 99,9% of satisfactory data proportion. The ignored data directly reflects the information quality, and it becomes necessary to establish critical attention over the epidemiological results. Furthermore, understanding the work process in relation to violent situations in which one may analyze and intervene, making possible the educational process to health workers. The educational actions in the health department to assist and notify violence must make one reflect upon sociocultural and economic relations, which are part of society and where health work happens, therefore establishing more sense and intentionality on registering that data.

**Keywords:** Violence. SINAN. Data Quality. Work Process. Continuing Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Fluxo da Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada .....	24
---	----

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Número de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada por ano da notificação e sexo, Salvador-BA, 2015-2019.....35
- Tabela 2.** Número e percentual de campos preenchidos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, segundo blocos de variáveis relacionadas a Notificação Individual, Salvador-BA, 2015-2019 ..... 38
- Tabela 3.** Número e percentual de campos preenchidos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, segundo blocos de variáveis relacionadas aos Dados Complementares da Pessoa Atendida, Salvador-BA, 2015-2019..... 39
- Tabela 4.** Número e percentual de campos preenchidos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, segundo blocos de variáveis relacionadas aos Dados da Ocorrência e da Violência, Salvador-BA, 2015-2019..... 40
- Tabela 5.** Número e percentual de consistência de variáveis relacionadas na produção de informações epidemiológicas da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Salvador-BA, 2015-2019 ..... 42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CDC	Center for Disease Control
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde Gabinete do Ministro
OMS	Organização Mundial da Saúde
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	18
2.1 Violência sob diversas perspectivas .....	18
2.2 Notificação da violência interpessoal e autoprovocada no Sistema de Informação em Saúde .....	22
2.3 Avaliação da qualidade dos dados e da informação .....	26
2.4 Processo de trabalho em saúde e as Necessidades Formativas .....	28
3. OBJETIVOS .....	30
3.1 Objetivo geral .....	30
3.2 Objetivos específicos .....	30
4. METODOLOGIA.....	31
5. RESULTADOS .....	34
6. DISCUSSÃO .....	42
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXOS .....	68

## 1. INTRODUÇÃO

A violência é amplamente difundida em nossa sociedade, presente em nosso modo de vida, permeia as relações interpessoais manifestando-se sob diversas formas, faz parte dos acontecimentos históricos em diferentes tempos, representada pela arte em diversos formatos e é constantemente abordada pela estrutura midiática. Ainda assim, não podemos considerar a abordagem a essa temática como consolidada pela área de produção do conhecimento da saúde, uma vez que ainda mais complicada é sua compreensão como um problema de saúde pública no contexto organizativo dos serviços e no cotidiano de trabalho (MINAYO, 2006, 2018; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013, PERES, 2014; MACHADO, 2017).

Existem situações que são reconhecidas por um determinado contexto social como problemas de saúde e, dessa forma, mobilizam as estruturas organizadas de saúde para identificar, aferir, medir e sofrer intervenções. Além disso, reorientam as práticas de cuidado com a finalidade de atender às necessidades geradas por essa problemática e se aproximar da realidade idealizada (TEXEIRA, 2010; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Logo, em se tratando da violência, é necessário buscar o reconhecimento institucional, as políticas públicas que foram criadas e observar seus efeitos, compreender as reformulações das práticas de cuidado nos ambientes de serviço e na formação, para que, então, a violência alcance o status de problema de saúde pública de forma concreta.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a violência como uma situação importante a ser compreendida pelas nações, tendo demarcado em seu Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde (2002) sua magnitude e reconhecido o fenômeno como um problema de saúde pública. Ainda mais, defendeu que os contextos violentos deveriam ser analisados para além de situações pontuais e individuais, como um objeto complexo que necessita ser abordado pelos sistemas de saúde nacionais de forma sistemática e fundamentado na ciência. No Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência, a agência mantém sua análise complexa sobre as consequências e as reações públicas de enfrentamento e identifica aumento nas ações de prevenção da violência ao nível global, mas que são incompatíveis com os impactos provocados na saúde da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

No Brasil, em diferentes momentos, a violência enquanto problema de saúde pública suscitou diversas ações. Assim, considera-se um marco importante a elaboração da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 2001, na qual são encontradas avaliações, diretrizes e planos voltados à prevenção. Ademais, em 2005, foi elaborado por grupos de pesquisas nacionais o livro ministerial *O impacto da violência na saúde dos brasileiros*, que apresenta com detalhes as demandas geradas de forma geral e específica de cada expressão das situações violentas. Além disso, em 2006, houve o desenvolvimento do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), que visava registrar e quantificar as situações e formas violentas na estrutura de saúde brasileira em seus diferentes níveis, incorporado, em 2009, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (MINAYO, 2018). Portanto, são as consecutivas aproximações com esse evento e seu reconhecimento como um importante problema que demandam a ampliação e o fortalecimento de políticas públicas para seu enfrentamento (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013, PERES, 2014; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

O Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015) declara que a violência afeta e assinala que os homens jovens são as maiores vítimas de situações violentas letais e que as crianças, as mulheres e os idosos são os alvos preferenciais de expressões violentas não fatais e interpessoais. O Atlas da Violência 2019, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, aponta que essa problemática atua interferindo na cadeia produtiva, proporcionando o aumento do valor de bens de consumo e dos serviços oferecidos à população (CERQUEIRA, 2019). Além dos custos monetários, esse problema social exerce pressão sobre a organização de internações hospitalares e atendimentos de emergência, sendo que esse setor recebe boa parte dos recursos do sistema de saúde, provendo um desequilíbrio da distribuição do financiamento (PERES, 2014; AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

A violência é um fenômeno social com consequências devastadoras para as vítimas e para a sociedade como um todo. Entretanto, é possível encontrar grupos sociais e territórios nos quais esse impacto é mais incisivo e é possível reconhecer os processos que constroem esses contextos violentos. As políticas públicas em saúde que abordam a violência possuem, na sua estrutura, objetivos de diminuir a ocorrência e a gravidade das situações violentas, atuando no acolhimento, na assistência e na

condução das vítimas, produzindo análises e diagnósticos situacionais para promover ações de prevenção e atualização das práticas e procedimentos nos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; PERES, 2014). A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) é a materialização do reconhecimento e da mobilização da organização estatal brasileira a partir do setor da saúde para o enfrentamento dos crescentes e persistentes números relacionados à violência em nosso território.

Observa-se que não há muitos estudos que tratem das temáticas violência e notificação; entretanto, algumas produções referem que os profissionais da saúde apresentam dificuldades e limitações na relação de cuidado e assistência em situações que envolvem acontecimentos violentos. Logo, são questões relacionadas com esse contexto que revelam uma autopercepção de despreparo técnico, falta de formação institucional adequada, desconforto emocional associado a alguns contextos específicos de violência e descrédito no Estado como protetor da sua integridade física no cumprimento de suas funções assistenciais (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; CORDEIRO, 2015; PRATA, 2017; EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018). Ainda mais, alguns estudos que analisam o atendimento e a notificação apontam incompreensão na diferença entre notificar e denunciar, abordagens biomédicas, limitação do trabalho em rede, postura e lógica androcêntricas hegemônicas que subestimam a perspectiva feminina e baixo grau de conhecimento sobre as normativas legais que atravessam o fazer do cuidado (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; CARNASSALE, 2012; BRASIL, 2014; CORDEIRO et al., 2015; PINTO et al., 2017).

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada é uma responsabilidade institucional das estruturas prestadoras de serviços de saúde, dos gestores afins e dos profissionais do setor que são responsáveis pela realização do registro e acolhimento do caso. Logo, as organizações municipais devem acompanhar e capacitar seus trabalhadores para sua realização (LIMA; DESLANDES, 2015; BRASIL, 2016). Além disso, os códigos de ética das profissões do campo da saúde apresentam importantes considerações sobre a necessidade de zelar pelos direitos humanos e comunicar às autoridades cabíveis quando o profissional tomar conhecimento de situações que envolvem a violência, sendo que o não cumprimento será considerado omissão (SALIBA et al., 2007). Contudo, as normativas não apresentam uma clara indicação sobre a necessidade ou a obrigatoriedade da

notificação das situações violentas nos atos de cuidado, o que dificulta a compreensão de fazer o registro (ALMEIDA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2018).

É necessário investir em estudos que caracterizem e compreendam a violência enquanto problema de saúde pública a ser estudado nas graduações dos cursos de saúde, visto que é possível notar que a abordagem desse tema nas graduações de formação profissional da saúde é insuficiente e desvalorizada. Por conseguinte, isso acaba dificultando a implantação e consolidação de políticas públicas de enfrentamento e diminuindo a assertividade na assistência às vítimas de situações violentas que, por vezes, são atendidas numa perspectiva da lógica biomédica. Sendo assim, acrescentar e abordar a temática da violência nas graduações e pós-graduações é uma ação necessária para melhor aproximação com a questão e produção de práticas de saúde mais assertivas pelos profissionais do setor (CORDEIRO et al., 2015; MONTEIRO, 2010; PINTO et al., 2017; MINAYO et al., 2018).

No Brasil, com a criação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2006), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), houve a demarcação e o reconhecimento de que a notificação é um processo constitutivo das políticas públicas que foram produzidas para reduzir as consequências dessa problemática social. A estrutura organizativa do Estado brasileiro e do setor de saúde produziram uma relação e processos institucionais voltados para a avaliação e para a análise do impacto dos acontecimentos violentos e dos acidentes sobre os serviços de atenção às vítimas no território nacional. Portanto, esses processos institucionais possibilitam o levantamento e o armazenamento de dados sobre a frequência, o formato, a variação e os envolvidos, propiciando a adequação sistemática da estrutura e dos planos de ação da saúde na construção de respostas a essa situação epidemiológica (SOUZA, et al., 2014; BRASIL, 2017a).

A Portaria MS/GM nº 1356, de 2006, instituiu e incentivou a implantação dos VIVA com duas organizações para os levantamentos de dados: o VIVA Contínuo e o VIVA Inquérito (BRASIL, 2017b; MINAYO et al., 2018), sendo que a primeira é realizada de forma permanente, registrando as informações na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada nos serviços de saúde. A segunda perspectiva, por sua vez, teve uma aplicação pontual numa análise de amostragem anual com informações coletadas nos serviços de Urgência e Emergência, durante um período de 30 dias seguidos; contudo, no ano de 2011, passou a ser realizada a

cada três anos (BRASIL, 2016; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017). Já em 2009 essa vigilância passou a ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), assim tornando-se universal e presente em todo o território (PERES, 2014; BRASIL, 2016; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

A Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada é fruto de um pacto social entre os atores que compõem o setor de saúde e os movimentos sociais institucionais e populares que visam compreender a problemática, seus impactos epidemiológicos e produzir ações públicas assertivas no enfrentamento da mesma (LIMA; DESLANDES, 2015; BRASIL, 2016, 2017). Sendo assim, ao notificar, o profissional deve articular posições éticas e cidadãs que estabeleçam uma relação de acolhimento e possibilitem a integração e avanços das linhas de cuidado, pois esse processo é o primeiro momento de alguns fluxos de apoio às vítimas. Essa percepção ampla sobre o registro deve compor os atos dos profissionais e dos serviços no compromisso de produzir informações de qualidade (BRASIL, 2016, 2017).

Nesse contexto, os estudos observados indicam que incompletudes e erros no preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada geram inconsistências e incoerências que interferem na qualidade dos dados que são produzidos por esse sistema de vigilância, o que dificulta a sistematização de avaliações situacionais mais próximas da realidade dessa problemática (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; ABATH et al., 2014; MOREIRA et al., 2015; AVANCI et al., 2017; GIRIANELLI et al., 2018; BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde realizou, em nível nacional, uma avaliação no ano de 2016 da qualidade da base de dados do SINAN relacionados a violência interpessoal e autoprovocada. Na oportunidade, foi levantado que o sistema de vigilância possuía inconsistências e duplicidades aceitáveis; contudo, há uma heterogeneidade acentuada nessa condição entre os estados e regiões do Brasil, o que leva à necessidade de maiores estudos, monitoramento regular da informação, maior responsabilidade dos entes federativos e capacitação dos profissionais para a realização correta da notificação. O estado da Bahia, em seus registros no período avaliado, apresentou um total de notificações inseridas de 12.408 (100%), sendo que 3.470 (28%) foram excluídas do estudo devido a inconsistências e duplicidades. Além disso, o preenchimento médio da ficha ficou em 68,8%, sendo assim considerada ruim a qualidade da notificação (BRASIL, 2019).

A formação ao nível de graduação e pós-graduação na saúde é essencial para produzir e desenvolver práticas e conhecimentos relacionados ao tema da violência. Não obstante, a temática possui dificuldade histórica para compor esses espaços formativos e, conseqüentemente, tem-se uma massa de trabalhadores com amplo distanciamento sobre a relação do cuidado e da gestão nessa discussão (OLIVEIRA, 2007; SOUZA et al., 2009; CORDEIRO et al., 2015). Ao se identificar e compreender as necessidades formativas dos profissionais da saúde que emanam da realização e do preenchimento da ficha de notificação da violência, amplia-se a qualidade do sistema de vigilância, diminui-se a subnotificação e melhora-se a produção das informações que irão alimentar os bancos de dados (CARNASSALE, 2012; ABATH et al., 2014; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017; EGRY et al., 2018;).

Por conseguinte, a consolidação e a manutenção do SUS dependem intensamente da capacidade de produzir respostas para condições que afetam a qualidade de vida da população e da aglutinação de forças políticas e populares para sua sustentação. Logo, a temática da violência, por atingir de diferentes formas o todo da sociedade e mobilizar diversos movimentos sociais, deve compor a agenda prioritária desse sistema, sendo um ganho constitucional e organizativo estratégico para a redução e prevenção em diversas esferas e variados contextos violentos.

Assim, compreender a importância da notificação da violência em grandes centros urbanos (como Salvador) estabelecerá elementos que podem contribuir para toda a sociedade. Esta capital, que pertence ao estado brasileiro na sétima posição entre os mais violentos (CERQUEIRA et al., 2018), com população estimada de 2.900.319 indivíduos e com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,759 de acordo com o IBGE, apresentou a oitava maior taxa de homicídios por arma de fogo entre as capitais, com taxa de 44,7 (por mil habitantes), e a décima colocação, com taxa de 7,9 (por mil habitantes), quando a situação estudada foi homicídio de mulheres (WAISELFISZ, 2015, 2016). O número de notificações por violência interpessoal em Salvador é alarmante e não está distante em comparação a perfil e quantidade de locais que estão em guerra civil declarada (ROMEO et al., 2020).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Violência sob diversas perspectivas

A violência é estudada e compreendida por várias “lentes” das diversas áreas do conhecimento humano, as quais abordam e analisam os fatos históricos, os comportamentos individuais/coletivos e as relações socioeconômicas envolvidas na dinâmica dos nossos modos de produção da vida. Sendo assim, é necessário avançar e conhecer algumas expressões e estudos sobre a temática, o que possibilitará uma visão mais ampliada e plural. Contudo, essas perspectivas podem não ser complementares ou concordantes entre si. Logo, este estudo não estará centrado ou incorporará um conceito restrito, o que possibilitará que sejam alcançadas algumas conexões e nuances da complexidade da violência e sua relação na sociedade e no trabalho na saúde.

Karl Marx, em *O Capital* (2013), apresenta a seguinte afirmação: “A violência é a parteira de toda a sociedade velha que está prenhe de uma sociedade nova” (MARX, 2013, p. 821). Neste trecho, o autor apresenta os acontecimentos violentos como uma “mola” que impulsiona as mudanças históricas e os rompimentos das estruturas sociais para a constituição de novas perspectivas organizacionais. Este processo, como se sabe, é influenciado e conduzido por homens. Sendo assim, a violência estará presente nos momentos de ruptura social e na resistência contra as estruturas de exploração e dominação.

Rosa Luxemburgo (1985) entende que a estrutura do capitalismo usou e usa de práticas violentas na dominação de territórios, nos diversos momentos de supressão cultural e na produção de organizações de exploração desde sua gênese, sendo mobilizada, assim, pela necessidade do sistema de promover a mudança de modos sociais não capitalistas em capitalistas. A autora marxista apresenta que o sistema produz sua existência e perpetuação por meio da violência, anulando reformas, organizações e movimentos contrários à sua contínua necessidade de expansão, o que impossibilita o surgimento de uma nova ordem.

Hannah Arendt (1994) reconhece a violência como processo da ação humana, que é um meio para alcançar certos fins, mas que estes “fins”, por serem parte de uma perspectiva dos desejos humanos, nem sempre podem ser alcançados em outras situações, sendo alterado pelo uso da violência nessa busca. Logo, a escritora não

compreende a violência como meio para produzirmos uma estrutura social e relacional melhor do que se pretende escapar ou superar. Há uma relação entre poder e violência, mas o poder não é um fator mensurável pela riqueza ou poderio violento. Logo, as ações violentas podem ser a expressão da falta de poder diante da ameaça a uma determinada estrutura social e forma de existência diferenciadas.

De acordo com Branco (2013), a violência é um tema transversal na obra do filósofo existencialista Jean Paul Sartre, pois este trabalhou na compreensão da condição e da existência humana considerando as atitudes violentas como constituintes que não podem ser separadas do homem. As relações interpessoais são elementos importantes para a elaboração dinâmica e contínua do ser, pois o conflito demarca essa interação entre o ser-para-outro. Nesses encontros, o olhar do outro constitui uma percepção para além de si que o objetifica, o que gera incômodo, pois a liberdade e a consciência escapam a essa perspectiva de serem condicionadas a um objeto. Sendo assim, a violência permeia as relações entre os seres humanos, apresentando-se na intenção de negar o olhar que objetifica, e no desejo de tornar o outro um objeto na tentativa de privá-lo de sua liberdade.

Max Weber (2013) foi um grande estudioso dos pensamentos e conceitos a respeito das organizações e organismos que produzem uma estrutura social para o convívio humano. Este sociólogo apresenta a violência como uma ferramenta de manutenção e afirmação do Estado. Logo, a legitimidade que é produzida politicamente para uma estruturação social, que possui agentes dominadores e dominados, segundo o autor, permite que essa organização determine quem pode e deve usar a força física, e em quais situações ela circunstancialmente poderá ser usada. Sendo assim, o Estado moderno estabelece um monopólio sobre o uso da violência, não podendo dividir ou compartilhar fora desse sistema. Contudo, a utilização de expressões violentas por indivíduos e coletivos não autorizados será entendida como quebra de acordo social e, portanto, estará em confronto e dissonância com o Estado, o que poderá ser respondido com punições.

Estudos da neurociência e da neurobiologia analisam as possíveis relações promotoras da agressividade no ser humano que poderiam estar associadas a eventos violentos no convívio social (ARREGUY, 2010; ASSIS et al., 2017; LUGARINHO; AVANCI; PINTO, 2017). Nesse sentido, a violência seria uma expressão exacerbada da agressividade causada por situações que podem ser: alterações hormonais; modificações na estrutura encefálica; polimorfismo de genes; e

mudanças no funcionamento dos neurotransmissores. Assis e colaboradores (2017) analisam que os trabalhos que realizaram estudos nessa linha de pesquisa não são definitivos e precisam ampliar suas discussões éticas e sociais, pois muitas associações podem gerar produções carregadas de discriminação, reforçar lombrosionismo (com baixa compreensão da realidade social) e camuflar a interferência das vulnerabilidades sociais e do modo de produção econômico sobre o assunto.

As instituições que produzem políticas públicas para o enfrentamento e acompanhamento da violência elaboram compreensões sobre a temática, permitindo, assim, a visualização e nomeação do objeto que sofrerá a intervenção, o que propiciará a construção de parâmetros e objetivos para sua abordagem. Nesse sentido, a OMS, em 1996, em sua assembleia sobre saúde e violência, convergiu a discussão para o seguinte entendimento sobre a problemática:

O uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação.

Também em seu Relatório mundial sobre a violência, a OMS (2002) apresenta uma tipologia para discriminar os atos violentos. Primeiramente, não reconhece incidentes não intencionais como uma expressão da violência; portanto, acidentes de trânsito e do trabalho ficaram fora da definição adotada. Isto posto, a organização aborda a intencionalidade de atingir a saúde e bem-estar do outro indivíduo como elemento para o reconhecimento da violência, buscando uma distância de perceptivas culturais de análises dos atos. Sendo assim, aponta a existência de tipos, que podem ser: violência autoinfligida; violência interpessoal, que pode ser familiar ou comunitária; e a violência coletiva, que pode ser de ordem social, política e econômica. A instituição define que essa problemática possui diversas naturezas ou formas, que são: física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência. Os autores envolvidos na elaboração desse parecer defendem a estratificação para compreensão e monitoramento, diante de um objeto tão complexo.

No Brasil, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada em 2001, assume a problemática como o resultado de atos ou omissões intencionais e das condições sociais, que geram distintas consequências

relacionadas aos agravos à saúde e/ou ao óbito. Logo, a violência está ligada e fundamentada na cultura e na realidade socioeconômica e expressa nas relações interpessoais. Há uma compreensão sobre as formas das expressões violentas, que seriam: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e institucional (BRASIL, 2001). Assim sendo, podemos relacionar essa perspectiva com a proposta conceitual da OMS com o desejo de identificar, qualificar e monitorar a situação. Por outro lado, na política pública nacional, percebe-se a busca por um avanço numa direção mais crítica de análise ao reconhecer que seus causadores possuem influências da estrutura social.

No Brasil, a aproximação do campo da saúde com a produção de conhecimento sobre as relações causais da violência produziu o desenvolvimento de conceitos para a compreensão do fenômeno. As autoras Minayo e Souza (1997) apontam que a violência é um processo social que atua nas relações entre indivíduos, coletivos e classes sociais que compõem as diversas sociedades, podendo ocasionar a morte ou atingir a integridade do ser em suas diferentes expressões (mental, psicológica, econômica, física, espiritual), diminuindo o seu bem-estar. Minayo (2006) aponta que é um fenômeno multicausal, atravessado por questões e julgamentos morais e culturais; os acontecimentos violentos são impregnados de afetações e emoções da “ordem do vivido” dos diversos indivíduos envolvidos, seja pela visão de quem sofreu ou de quem cometeu. A autora também classifica a violência como um problema não típico de saúde pública ou de assistência clínica, mas que está intensamente ligado ao campo do saber da saúde por provocar mortes, lesões, agravos à saúde, diminuição da qualidade de vida de indivíduos e coletivos, demanda por atendimento nos serviços de cuidado, mudanças nas práticas e tecnologias de saúde e ações intersetoriais para sua prevenção.

No Brasil, temos diversas produções que estão voltadas para o entendimento e a abordagem sobre a incidência e as motivações da violência em determinados ciclos de vida e grupos sociais e étnicos. Nesse contexto, a violência racial é apontada como o resultado da estrutura social que possui suas fundações no racismo, produzindo relações sociais desiguais entre os indivíduos de diferentes tonalidades de cor da pele (SILVA; CARNEIRO, 2009). Ademais, encontramos, com bastante destaque nas discussões relacionadas às políticas de segurança e no campo de estudo e atuação da saúde, a violência contra a mulher. Essa perspectiva ganhou força a partir dos anos 60, sendo resultado da análise social de movimentos feministas

que relacionavam situações e expressões contra mulheres como o desdobramento das desigualdades de gênero (PINTO et al., 2017).

Pode-se também destacar as construções e estudos que envolvem a violência contra a criança e o adolescente, a exemplo de publicações da OMS, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). A violência, nesse recorte, é reconhecida como atos de negligência, exposição vexatória e danos físicos, emocionais, sexuais, psicológicos, que podem ser realizados por pais, parentes, responsáveis ou instituições voltadas para o cuidado da criança e do adolescente, podendo interferir em seu desenvolvimento e produzindo consequências muitas vezes irreversíveis para a saúde (AVANCI et al., 2017).

Ao serem apresentadas diversas e diferentes perspectivas de leituras e considerações sobre a violência, aponta-se para a amplitude e complexidade da temática, que está em pleno desenvolvimento nas produções científicas e na centralidade das discussões políticas (MINAYO et al., 2018). Sendo assim, é evidente a necessidade de um Sistema de Informação em Saúde no qual possam ser gerenciados dados produzidos a partir das notificações dos casos de violência interpessoal e autoprovocada que adentram os serviços de saúde. A partir desses dados, serão geradas informações que subsidiarão as políticas públicas e as intervenções necessárias voltadas para atenção e controle desse agravo.

## **2.2 Notificação da violência interpessoal e autoprovocada no Sistema de Informação em Saúde**

O termo “notificar” nos dicionários da língua portuguesa está apresentado como ato de comunicar ou informar, sendo sinalizado o caráter relacional da palavra por se tratar de um verbo bitransitivo. Assim, alguém ou alguma instituição irá avisar algo para um receptor. No setor saúde, a notificação produzirá um dado epidemiológico para os sistemas de vigilância e controle, sendo esta uma informação que tem como objetivo reportar, revelar, monitorar e relacionar elementos e fatores que interagem com processos de bem-estar e doença de um determinado contexto populacional. Portanto, carrega consigo uma parte da conjuntura que possibilitará a leitura. Logo, estes dados, ao serem analisados, podem demonstrar informações mais estratificadas e precisas da realidade (ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2011).

Os dados epidemiológicos precisam de uma base conceitual de fundamentação e uma estrutura interna para sua efetivação como um elemento de informação que possibilite seu entendimento. Nesse sentido, deve permitir uma análise de unidade que contenha a ideia do que busca compreender; uma variável que discrimine e qualifique o que será considerado; e um valor, que é a medida que propiciará a determinação da quantidade (ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2011). A notificação da violência alimenta o SINAN, assim possibilitando posterior observação, interpretação e leitura que promoverão a construção de políticas de vigilância e assistência (BRASIL, 2016; SANTOS, 2017). Portanto, o preenchimento da Ficha de Notificação Individual visa descrever os casos suspeitos e confirmados de violência doméstica (intrafamiliar), sexual, autoprovocada, homofóbicas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal, tortura e violência comunitária (extrafamiliar) contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, indígenas, pessoas com deficiências e população LGBT (BRASIL, 2016).

Assim, para que esses dados epidemiológicos estejam disponíveis, a ficha de notificação preenchida segue um fluxo determinado pelo Ministério da Saúde, que demanda atuações específicas para os entes da federação e corresponsabilidade pela qualidade da produção e uso de informações, conforme apresentado no Fluxo da Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxo da Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.



Fonte: Viva Sinan/SVS/MS.

\*Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA). Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011.

A notificação epidemiológica deve produzir dados que possam ser analisados e comparados. Dessa forma, o instrumento de coleta necessita ser padronizado entre os diferentes serviços que vão notificar e conter elementos variados e diversos que, integrados, apresentem a situação que está sendo notificada, e não oferecer barreiras para o acesso, facilitando o preenchimento, além de possuir manuais e instrutivos com as rotinas que possam ser consultados (ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2011). Sendo assim, a notificação da violência é realizada em ficha individual padronizada em todo o território nacional, e, além disso, dialoga com as definições realizadas pela OMS e possui as tipologias de violências referenciadas nessa instituição internacional, apresentando normativas que apontam as responsabilidades dos trabalhadores e gestores (BRASIL, 2016). O sistema de vigilância realiza avaliações de qualidade periódicas, tendo produzido o manual instrutivo para o preenchimento da ficha e compartilhamentos dos fluxos para facilitar a notificação (BRASIL, 2019).

Nesse contexto, a qualidade das notificações dos casos de violência é uma condição importante para a manutenção das suas funções de apoio à pesquisa e à

produção de políticas públicas, sendo um papel das estruturas gerenciais dos entes federativos realizar esse monitoramento (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014; BRASIL, 2019). A existência de sistemas de vigilância em saúde com uma qualidade efetiva é uma marca de desenvolvimento humano e de proteção social, pois demonstra a conexão e a profundidade entre seus serviços públicos e a atuação dos profissionais do cuidado (BRASIL, 2016). O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o banco de dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, sendo a estrutura que condensa e organiza as Fichas de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, que são preenchidas pelos profissionais de saúde em duas vias, em que uma fica na unidade que notificou e a outra é enviada à secretaria municipal da ocorrência para registro na base nacional. Essa vigilância garantiu a sustentabilidade e o aprimoramento da notificação (BRASIL, 2016, 2019). A notificação da violência passou a ser compulsória a partir da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e essa condição impulsionou o módulo da violência no SINAN (ABATH et al., 2014).

A notificação compulsória é a comunicação impreterível à autoridade de saúde, realizada por profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços, públicos ou privados, sobre situações suspeitas ou confirmadas de doenças, agravos ou evento de saúde pública, anteriormente listadas pelo MS (BRASIL, 2017a, 2019). Além disso, o registro da violência doméstica e/ou outras violências deve ser feito à secretaria municipal semanalmente, enquanto a notificação de violência sexual e tentativa de suicídio deve ser feita em até 24 horas (BRASIL, 2016, 2019). Por outro lado, os profissionais devem incorporar e propiciar uma relação acolhedora e humanizada com as vítimas da violência, assim como superar uma assistência meramente burocrática e convergir as ações e encaminhamentos com a intenção de estabelecer um cuidado integral e que amplie a proteção de todos os envolvidos. Nesse contexto, os serviços e instituições de saúde possuem a mesma orientação e responsabilidade (BRASIL, 2017a; OLIVEIRA, et al., 2018).

A Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada possui dez destacamentos de informações, na ordem: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados do provável autor da violência, encaminhamento e dados finais, além de campos destinados para informações complementares e observações (BRASIL, 2016). O instrumento tem espaços de preenchimento

obrigatório, cuja falta do dado impossibilita o registro no SINAN; os campos essenciais, que apesar de não serem impeditivos para o registro, carregam elementos epidemiológicos e situacionais; e os campos chaves, que demarcam a inserção no sistema (BRASIL, 2016).

O instrutivo do MS apresenta e caracteriza as diretrizes de cada campo de preenchimento na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada que possui uma ampla articulação entre as variáveis. Essa estruturação organizativa e conceitual permite e facilita a realização de estudos que possam avaliar a qualidade dos dados e das informações produzidas por esse sistema de vigilância. Essa avaliação é importante e necessária para monitorar, identificar e corrigir falhas e erros que comprometem a qualidade dos dados.

### **2.3 Avaliação da qualidade dos dados e da informação**

Os dados precisam de uma base conceitual de fundamentação e uma estrutura interna que discrimina e qualifica o que será considerado, podendo produzir informações que irão apresentar um determinado acontecimento e permitir o desenvolvimento de conhecimento sobre este contexto. Além disso, deve-se considerar que a comunicação e a ação serão parte desse fluxo do sistema de informação que alimenta os processos de gestão e cuidado em saúde. Compreender o contexto de produção, quem são as pessoas, os profissionais, a estrutura organizativa do serviço, os aspectos culturais envolvidos e as bases tecnológicas de registro desse sistema de informação se faz necessário para o seu entendimento e sua utilização (MOTA; ALAZRAQUI, 2014).

A análise e a descrição do evento sanitário que é objeto dos sistemas de informação em saúde serão realizadas com maior assertividade quando a qualidade dos dados e das informações estiver garantida (LIMA et al., 2009). Nesse contexto, não há uma referência definitiva ou um consenso sobre o significado do termo qualidade e essa amplitude de percepção abrange também os estudos e as ações que estão relacionadas à temática da qualidade dos dados e da informação em saúde. A avaliação da qualidade dos dados pode ser construída por diferentes perspectivas, que podem ser quantitativas, quando voltadas para as estruturas e a representação de valores da produção do sistema de vigilância, ou qualitativas, que dialogam com

as percepções, compreensões e vivências dos atores envolvidos no sistema de vigilância (MOTA; ALAZRAQUI, 2014).

A avaliação de qualidade da informação pode ocorrer de diversas formas e possibilidades, a depender das estruturas organizativas e dos objetivos que possuem o sistema que se deseja analisar. Assim, são atributos que podem ser considerados nesse processo avaliativo os seguintes: simplicidade, acessibilidade, flexibilidade, completitude, qualidade de dados, aceitabilidade, eficácia, valor percebido, consistência, clareza metodológica, cobertura, sensibilidade, não duplicidade, valor preditivo positivo, representatividade, oportunidade, validade, relevância e estabilidade (LIMA et al., 2009). As ações avaliativas apontadas não promovem uma avaliação totalitária definitiva de forma isolada ou agregada, pois, como apresentado anteriormente, ainda não há uma referência comum nesse contexto. Além disso, essa amplitude de perspectivas de análises pode ser adequada às diferentes realidades e pretensões, permitindo, assim, oportunidades e leituras diversas (MOTA; ALAZRAQUI, 2014).

O banco de informações deve possuir a cobertura necessária para compreensão do fenômeno, ter um alto nível de completitude das variáveis, produzir elucidações consistentes não conflitantes e permitir o rastreamento da situação notificada, apesar de que não há consenso de indicadores para realização de avaliações dessas estruturas (MOTA; ALAZRAQUI, 2014). Ademais, estudos recentes apontam a avaliação da qualidade dos registros de violência no SINAN como uma ação importante para sua qualificação e compreensão dos processos limitadores (VELOSO et al., 2013; ABATH et al., 2014; SILVA; OLIVEIRA, 2016; SANTOS, 2017; BRASIL, 2019).

A qualidade esperada para o banco de dados do SINAN, especificamente no módulo da violência, não possui um referencial padronizado que discrimina os parâmetros para avaliação da qualidade da informação. A avaliação da qualidade dos dados produzidos em um sistema de informação em saúde permitirá a identificação de pontos que precisam ser fortalecidos e readequados, segundo a lógica de organização do sistema de vigilância em saúde e conforme as orientações para o correto preenchimento da ficha de notificação. Isso requer compromisso e capacitação por parte dos profissionais de saúde, sendo importante refletir sobre as necessidades formativas dos trabalhadores e trabalhadoras na realização da notificação e na compreensão da problemática da violência.

## 2.4 Processo de trabalho em Saúde e as Necessidades Formativas

A notificação de agravos relacionados à violência interpessoal e autoprovocada é um processo de trabalho em saúde, intrinsecamente relacionado com o ato de produzir cuidado, no atendimento das necessidades apresentadas pelas vítimas da situação sanitária. Esse processo depende da compreensão do profissional de saúde acerca dessas necessidades e por sua atuação diante delas. Assim, o agir profissional dependerá dos saberes e práticas historicamente estabelecidos em sua formação para a realização desse trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; MERHY; FRANCO, 2008; SANTOS; PINTO, 2017).

Ao compreender a notificação como um processo de trabalho em saúde que possui objeto, atividade, instrumento, objetivos, agentes e produto, pode-se elaborar questões para produzir um caminho de reconhecimento das necessidades formativas dos profissionais de saúde, como por exemplo: quais conhecimentos são necessários para essa produção de cuidado? Como esses conhecimentos estão sendo produzidos? Qual é a organização institucional que precisa ser construída para a disseminação desse conhecimento? Quais os desafios para a estruturação da educação permanente desses profissionais? Estas, entre outras questões, podem ser úteis nesse processo (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; SANTOS; PINTO, 2017).

A notificação ocorre no encontro entre o profissional de saúde e a vítima da situação de violência em análise. Assim, visualiza-se nesta produção o trabalho vivo em ato mediado por uma complexa articulação de tecnologias em saúde para sua concretização, pois, nessa ação, há uma demanda estruturante de acolhimento e escuta (tecnologias leves), além de conhecimentos que possibilitam a identificação e compreensão da violência, a condução do ocorrido (tecnologias leve-duras) e o preenchimento da ficha de notificação, um instrumento preconcebido que comporta o registro e a constituição de recortes do objeto para uma análise epidemiológica do fenômeno (tecnologia dura) (MERHY; FRANCO, 2008; RODRIGUES et al., 2021).

O trabalho vivo em ato é composto por fatores que, quando analisados, retroalimentam o levantamento das necessidades formativas do trabalhador para a realização da atividade fim e alcance do produto esperado (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; FEUERWERKER, 2014). Nesse sentido, a avaliação da qualidade dos dados do sistema de vigilância em saúde de situações de agravos por violência interpessoal e autoprovocada constitui-se nesta apreciação uma análise do processo de trabalho

em saúde que será a base para a organização de políticas públicas de Educação Permanente em Saúde (EPS) (FEUERWERKER, 2014; SANTOS; PINTO, 2017; RODRIGUES et al., 2021).

No contexto deste estudo, as dificuldades individuais e coletivas no preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, a não compreensão da violência como um problema de saúde pública, o não entendimento da relação do ato de notificar com a elaboração de análises epidemiológicas e o desconhecimento dos fluxos e das redes de assistência às vítimas de situações violentas, que geram interferências na qualidade dos dados no sistema de informação da temática em questão, serão entendidas como necessidades formativas a serem abordadas pela estrutura política organizativa da EPS.

O termo “necessidade” é essencialmente um termo polissêmico considerado ambíguo e apresenta perspectivas diferentes considerando o contexto temático (BENEDITO; IMBERNÓN; FÉLEZ, 2001; NÚÑEZ, 2004). Necessidade, de acordo com Zabalba (1998, p. 62), é produzida pela diferença e a aproximação “entre a forma como as coisas deveriam ser (exigências), poderiam ser (necessidades de desenvolvimento) ou gostaríamos que fossem (necessidades individualizadas) e a forma como essas coisas são de fato”. Assim, aponta-se que a assimetria entre a realidade objetiva e a realidade desejada seja compreendida com a necessidade de avanço de práticas, conhecimento e formações que encurtem ou anulem essa diferença.

As necessidades sempre serão uma perspectiva analítica humana e podem ser compreendidas e consideradas em objetivas e subjetivas diante da leitura que estará relacionada com situações históricas, de conhecimento e de trabalho. Além disso, as necessidades profissionais surgem na realidade da prática de atuação e, quando são tomadas pela consciência, podem representar a ampliação da assertividade da ação (NÚÑEZ, 2004). Portanto, as instruções para a realização da notificação da violência, os objetivos estratégicos desenhados pelas políticas de prevenção, as exigências legais e éticas são conhecimentos históricos sociais que visam estabelecer práticas necessárias, podendo ser referenciadas por uma atuação desejada nesse contexto. Assim, a compreensão das necessidades formativas, a partir da avaliação da qualidade dos dados e da informação, será importante para a construção da intencionalidade coletiva e do referencial para o processo de trabalho em saúde.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Avaliar a qualidade dos dados do sistema de vigilância de violência interpessoal e autoprovocada em Salvador, Bahia, no período de 2015 a 2019.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Avaliar a qualidade dos dados dos casos de violência interpessoal e autoprovocada notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no que se refere à completitude dos dados;
- Avaliar a qualidade dos dados dos casos de violência interpessoal e autoprovocada notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no que se refere à consistência dos dados.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo descritivo, com análise de dados notificados no SINAN. Este trabalho analisa a qualidade dos dados das notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada no município de Salvador, no período de 2015 a 2019. Foram utilizados dados secundários de livre acesso ao público provenientes do SINAN, via portal da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB).

Os dados originaram-se dos casos notificados na Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada nos serviços de saúde do município de Salvador. De acordo com o instrutivo desse instrumento, são passíveis de notificação os seguintes casos suspeitos ou confirmados das seguintes modalidades 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 (BRASIL, 2016).

O preenchimento adequado da ficha de notificação para produção de dados consistentes é orientado pelo instrutivo do MS (BRASIL, 2016) que descreve a operacionalização do instrumento e a importância de alguns espaços e conceitos para a concretização da qualidade esperada. Portanto, compreende-se completitude como o valor de preenchimento adequado de uma determinada variável, sendo que sinalizações em branco ou ignorado serão consideradas incompletas (ABATH et al., 2014).

A qualidade dos dados foi avaliada quanto à sua completitude. Como parâmetro de avaliação de completitude, foi considerada a existência de campos em brancos ou ignorados, atribuindo-se a seguinte classificação: excelente (menor de 5%), bom (5 a 10%), regular (10 a 20%), ruim (20 a 50%) e muito ruim (50% ou mais) (ROMERO; CUNHA, 2007; BRASIL, 2019). Logo, para o cálculo da completitude foi considerada a proporção do número de registros de informações que ficaram em branco ou notificados como ignorados no total da variável observada, pois esses são considerados de valor nulo pelo SINAN e podem influenciar a qualidade dos dados (ROMERO; CUNHA, 2007; LIMA et al., 2009; ABATH et al., 2014; BRASIL, 2019).

Foram analisadas 16 variáveis (sexo, idade, gestante, escolaridade, raça/cor, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, possui algum tipo de

deficiência/transtorno?, motivo da violência, número de envolvidos, sexo do provável autor da violência, suspeita por uso de álcool, local de ocorrência, lesão autoprovocada e violência relacionada ao trabalho) da ficha de notificação da violência, entre campos obrigatórios e essenciais. Essas variáveis foram selecionadas pelo nível de importância para produção de dados epidemiológicos, pela disponibilidade de acesso no site ao público geral e por não serem de múltipla escolha. Além disso, o recorte territorial do estudo excluiu a observação de algumas variáveis da ficha de notificação da nossa análise (ex.: município da ocorrência e unidade federada).

Os dados foram apresentados por meio de proporções, em tabelas contendo as informações assinaladas e ignoradas, sendo as variáveis distribuídas e organizadas de acordo com os blocos da ficha de notificação e da relação na produção de informações importantes na compreensão dos eventos violentos, da seguinte forma: 1) notificação individual (sexo, idade, gestante, escolaridade, raça/cor); 2) dados complementares da pessoa atendida (situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e possui algum tipo de deficiência/transtorno?); e 3) dados da ocorrência e da violência (motivo da violência, número de envolvidos, sexo do provável autor da violência, suspeita por uso de álcool, local de ocorrência, lesão autoprovocada e violência relacionada ao trabalho).

Seguindo com a análise, foi realizada a avaliação de consistência dos dados a partir da seleção de algumas variáveis desse sistema de vigilância de violência. As referências de consistência foram analisadas pela proporção de preenchimento inconsistente, adotando-se os seguintes parâmetros: excelente (>90%), regular (70-89%) e baixa (<70%) (ABATH et al., 2014; BRASIL, 2019). Dito isso, foram extraídos os dados do período e município estudado, buscando compreender as seguintes relações:

1) Idade e Escolaridade: o instrutivo orienta que a pessoa com idade inferior a 6 anos não deve ter dados escolares registrados, sendo a marcação indicada na ficha o campo “Não se aplica”. Logo, encaminhamentos diferentes dessa direção produzem inconsistências nas informações.

2) Idade e Identidade de Gênero: a variável Identidade de Gênero é campo obrigatório para preenchimento da notificação em situações de violência com idade igual ou superior a 10 anos. Registros diferentes dessa indicação são inadequados e geram inconsistências.

3) Idade e Orientação Sexual: o campo de registro da orientação sexual é obrigatório para preenchimento na notificação de vítimas de situações violentas com idade igual ou superior a 10 anos. Notificações diferentes dessa diretriz não são adequadas e geram inconsistências.

4) Idade e Situação Conjugal: pela demarcação do instrutivo, a variável Situação Conjugal não deve ser notificada para crianças menores de 10 anos. Sendo assim, registros que não atendem a essa orientação irão gerar informações inconsistentes que não representam a realidade.

5) Idade e Gestação: a gestação é uma situação de saúde não comum em crianças (<10 anos) e idosas (>64 anos); preenchimentos que apontam para a existências de indivíduos em período gestacional nessas faixas etárias serão considerados inconsistentes.

6) Sexo e Identidade Sexual: são consideradas informações inconsistentes quando o sexo biológico apresenta um registro de transexual que não diferencia a identidade do registro da variável “sexo” (ex.: sexo feminino com notificação de mulher transexual e sexo masculino com identificação de homem transexual).

7) Lesão Autoprovocada e Número de Envolvidos: esse evento sanitário inevitavelmente envolve uma pessoa; registros fora desse padrão constroem uma informação inconsistente.

8) Lesão Autoprovocada e Sexo do Autor da Violência: nas situações de violência autoinfligida, o sexo do autor não comporta o registro no campo “ambos os sexos”; registros nessa condição produzem uma informação inconsistente.

Esta pesquisa incide sobre dados epidemiológicos relacionados à situação sanitária da violência, cujas informações estão disponíveis em plataformas de domínio público. Analisou-se os aglomerados de informações produzidos pela notificação; logo, esse banco de dados não permite o reconhecimento nominal dos indivíduos. Dito isso, dispensou-se a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme dispõe a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

## 5. RESULTADOS

De acordo com os dados do SINAN, foram registradas, no período de 2015 a 2019, 19.315 notificações relacionadas à violência interpessoal e autoprovocada no município de Salvador, Bahia. Este número corresponde a 28,3% do total de casos registrados em todo o estado da Bahia (68.132) no mesmo recorte temporal. Nesse contexto, entre o ano de 2015, com 3.098 notificações, e o ano de 2019, com 5.132 notificações, há um aumento de 65,6%. Além disso, 329 notificações (1,6%) foram realizadas no nível primário do sistema de saúde municipal, que abarca as Unidades de Saúde da Família (USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A extração de dados indica que as mulheres são as principais vítimas da violência notificada nos serviços de saúde no município de Salvador, representando 69,0% dos 19.315 casos notificados (Tabela 1). Ademais, no ano de 2019, foram 3687 (71,9%) do total de 5132 notificações de vítimas do sexo feminino.

**Tabela 1.** Número de casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada por ano da notificação e sexo, Salvador-BA, 2015-2019.

Ano da Notificação	Ignorado		Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	N	%	
2015	2	0,06%	959	30,95%	2137	68,97%	3098
2016	-	-	1123	33,54%	2225	66,46%	3347
2017	-	-	1110	31,87%	2372	68,13%	3482
2018	3	0,07%	1345	31,60%	2908	68,33%	4256
2019	2	0,04%	1443	28,16%	3687	71,96%	5132
<b>Total</b>	7	0,04%	5980	30,95%	13 329	69%	19 315

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN.

As variáveis “sexo” e “idade”, com preenchimento, respectivamente, de 99,9% e 100,0%, que são campos de registros obrigatórios e compõem o espaço da ficha de notificação para a identificação do indivíduo vítima da violência, apresentaram uma avaliação de completitude excelente (Tabela 2). Assim, por se tratar de variáveis de preenchimento obrigatório, não é possível registrar a notificação no sistema sem essas informações. A avaliação de completitude do conjunto das 16 variáveis

analisadas pelo estudo aponta que, no período analisado, o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada foi ruim, pois verificou-se uma média de 42,7% de informações ignoradas.

As variáveis relacionadas ao bloco da identificação/notificação individual (sexo, idade, gestante, escolaridade, raça/cor), que na ficha de notificação é destinada a identificar o indivíduo que sofreu a violência, apresentaram uma média de completitude de 30,7%, logo, considerada ruim. A informação “raça/cor”, que é um campo essencial da ficha de notificação de violência, apresentou 53,5% de preenchimento ignorado. Sendo assim, não é possível identificar a cor da pele de mais de 50,0% das vítimas de situações violentas notificadas nos serviços de saúde de Salvador (Tabela 2). Nesse ínterim, a variável “escolaridade”, que identifica o grau e a série que a vítima frequentou no sistema educacional, apresentou um agregado de inadequação importante e foi avaliada como muito ruim com 64,9% de dados ignorados e deixados em branco.

Nesse ínterim, os campos da ficha de avaliação, que são considerados dados essenciais e são complementares na identificação da pessoa vítima da violência (situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e possui algum tipo de deficiência/transtorno?), apresentaram uma média de dados deixados em branco e ignorados de 62,4%, sendo classificadas como muito ruim. A variável “identidade de gênero”, que se refere ao gênero com o qual a vítima se identifica, apresentou nesse bloco a pior avaliação de completitude, com 65,3% de informações ignoradas ou deixadas em branco (Tabela 3).

A média da avaliação de completitude do bloco destinado aos dados da ocorrência e da violência (Tabela, 4), que apresenta a localização da situação violenta e as características da violência, foram de 43,8% de informações incompletas e ignoradas, sendo caracterizada como ruim. O campo essencial destinado para verificação quanto a se a situação de violência está relacionada ao trabalho, que pode ocorrer no ambiente ou no trajeto, apresentou 34,4% de dados ignorados ou deixados em branco, considerada, portanto, ruim para a avaliação de completitude. A variável “lesão autoprovocada”, que contém a informação se a própria pessoa realizou a agressão contra si, apresentou o preenchimento efetivo de 75,6%.

Ademais, o campo local de ocorrência não foi preenchido ou foi considerado ignorado em 42,9% dos casos notificados, o que atribui a classificação ruim para essa variável. Além disso, as informações relacionadas ao autor e ao contexto da ação

violenta (motivo da violência, número de envolvidos, sexo do provável autor da violência) apresentaram uma avaliação de completitude ruim com dados ignorados entre 50% e 70%. Nesse contexto, a variável “suspeita por uso de álcool”, que registra a suspeita de uso de álcool pelo(a) provável autor(a) da violência no momento da ocorrência, foi a que apresentou a completitude mais baixa, com 71,7% de preenchimento ignorado – classificada, portanto, como muito ruim (Tabela 4).

**Tabela 2.** Número e percentual de campos preenchidos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, segundo blocos de variáveis relacionadas a Notificação Individual, Salvador-BA, 2015-2019.

Variáveis		2015 (N=3098)		2016 (N= 3347)		2017 (N= 3482)		2018 (N= 4256)		2019 (N= 5123)		Total (N= 19315)		Avaliação de Compleitude
Sexo	Opção Ignorados/ Branco	N 2	% 0,1%	N -	% -	N -	% -	N 3	% 0,1%	N 2	% 0,0%	N 7	% 0,0%	Excelente
	Sexo identificado	3.096	99,9%	3.347	100%	3.482	100%	4.253	99,9%	5.130	100%	19.308	100%	
Idade	Ignorados/ Branco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Excelente
	Sexo identificado	3.098	100%	3.347	100%	3.482	100%	4.256	100%	5.132	100%	19.315	100%	
Gestante	Ignorados/ Branco	1148	37,1%	1100	32,9%	1148	33,0%	1452	34,1%	1904	34,1%	6752	35,0%	Ruim
	Gestante Identificada	63	2,0%	120	3,6%	153	4,4%	161	3,8%	194	3,8%	691	3,6%	
Escolaridade	Não	541	17,5%	605	18,1%	706	20,3%	836	34,1%	1075	19,6%	3763	19,5%	Muito Ruim
	Não se Aplica	1346	43,4%	1522	45,5%	1475	42,4%	1807	34,1%	1959	42,5%	8109	42,0%	
	Ignorado /Branco	2070	66,8%	2274	67,9%	2179	62,6%	2447	57,5%	3561	69,4%	12531	64,9%	
Raça/Cor	Escolaridade Notificada	770	24,9%	841	25,1	1073	30,8%	1567	36,8%	1388	27,0%	5639	29,2%	Muito Ruim
	Não se aplica	258	8,3%	232	6,9%	230	6,6%	242	5,7%	183	3,6%	1145	5,9%	
	Ignorado /Branco	1861	60,1%	1916	57,2%	1836	52,7%	1867	43,9%	2838	55,3%	10318	53,4%	
	Raça/Cor Notificada	1237	39,9%	1431	42,8%	1646	43,7%	2389	56,1%	2294	44,7%	8997	46,6%	
Média da Notificação Individual	Ignorado /Branco											30,7%	Ruim	

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN.

**Tabela 3.** Número e percentual de campos preenchidos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, segundo blocos de variáveis relacionadas aos Dados Complementares da Pessoa Atendida, Salvador-BA, 2015-2019.

Variáveis		2015 (N=3098)		2016 (N= 3347)		2017 (N= 3482)		2018 (N= 4256)		2019 (N= 5123)		Total (N= 19315)		Avaliação de Compleitude
	Opção	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Situação Conjugal	Ignorado /Branco	1894	61,1%	187 3	56,0%	2083	59,8%	2482	58,3%	2889	56,3%	11221	58,1%	Muito Ruim
	Situação Conjugal Identificada	817	26,4%	111 8	33,4%	1046	30,0%	1416	33,3%	1848	36,0%	6245	32,3%	
Orientação Sexual	Não se Aplica Ignorado /Branco	387 2180	12,5% 70,4%	356 221	10,6% 66,2%	353 2188	10,1% 62,8%	358 2793	8,4% 65,6%	395 3180	7,7% 62,0%	1849 12556	9,6% 65,0%	Muito Ruim
	Orientação Sexual Identificada	398	12,8%	646 5	19,3%	776	22,3%	956	22,5%	1465	28,5%	4241	22,0%	
Identidade de Gênero	Não se Aplica Ignorado /Branco	520 2185	16,8% 70,5%	486 225	14,5% 67,4%	518 2044	14,9% 58,7%	507 2743	11,9% 64,5%	487 3380	9,5% 65,9%	2518 12608	13,0% 65,3%	Muito Ruim
	Travesti/ transexual mulher/ transexual homem	16	0,5%	23 6	0,7%	26	0,7%	23	0,5%	34	0,6%	122	0,6%	
Possui algum Tipo de Deficiência/Transtorno?	Não se Aplica Ignorado /Branco	897 1980	29,0% 63,9%	106 210	31,9% 62,9%	1412 2136	40,6% 61,3%	1490 2648	35,0% 62,2%	1718 2920	33,5% 56,9%	6585 11788	34,1% 61,0%	Muito Ruim
	Deficiência/Transtorno Identificado	1118	36,1%	124 3	37,1%	1346	38,7%	1608	37,8%	2212	43,1%	7527	39,0%	
Média dos Dados Complementares da Pessoa Atendida.	Ignorado/ Branco											65,3%	Muito Ruim	

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVP/SINAN.

**Tabela 4.** Número e percentual de campos preenchidos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, segundo blocos de variáveis relacionadas aos Dados da Ocorrência e da Violência, Salvador-BA, 2015-2019.

Variáveis		2015		2016		2017		2018		2019		Total		Avaliação de Completitude
		(N=3098)		(N= 3347)		(N= 3482)		(N= 4256)		(N= 5123)		(N= 19315)		
	Opção	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Local de Ocorrência	Ignorado/ Branco	1592	53,3%	1291	31,2%	1566	33,3%	1485	34,9%	2343	45,7%	8.287	42,9%	Ruim
	Local de Ocorrência Identificado	1506	46,7%	2055	68,8%	1916	66,7%	2771	65,1%	2780	54,3%	11028	57,1%	
Lesão Autoprovocada	Ignorado/ Branco	719	23,2%	865	25,8%	1171	33,6%	838	19,7%	1114	21,7%	4707	24,4%	Ruim
	Sim	147	4,7%	182	5,4%	306	8,8%	641	15,1%	1132	22,1%	2408	12,5%	
Motivo da Violência	Não	2232	72,0%	2300	68,7%	2005	57,6%	2777	65,2%	2886	56,2%	12200	63,2%	
	Ignorado/ Branco	802	25,9%	994	29,7%	1349	38,7%	2339	55,0%	2591	50,5%	8075	41,8%	Ruim
Números de Envolvidos	Motivo da Violência Identificada	2296	74,1%	2353	70,3%	2133	61,3%	1917	45,0%	2541	49,5%	11240	58,2%	
	Ignorado/ Branco	1708	55,1%	1646	49,2%	1654	47,5%	1997	46,9%	2215	43,2%	9220	47,7%	Ruim
Suspeita por uso de Álcool	Números de Envolvidos Identificado	1390	44,9%	1701	50,8%	1828	52,8%	2259	53,1%	2917	56,8%	10095	52,3%	
	Ignorado/ Branco	2301	74,3%	2452	73,3%	2519	72,3%	3049	71,6%	3535	68,9%	13856	71,7%	Muito Ruim
Sexo do Provável Autor da Agressão	Sim	281	9,1%	343	10,2%	375	10,8%	478	11,2%	566	11,0%	2043	10,6%	
	Não	516	16,7%	552	16,5%	588	16,9%	729	17,1%	1031	20,1%	3416	17,7%	
Violência Relacionada ao Trabalho	Ignorado/ Branco	1714	55,3%	1764	52,7%	1716	49,3%	2014	47,3%	2218	43,2%	9426	48,8%	Ruim
	Sexo Identificado	1384	44,7%	1583	47,3%	1766	50,7%	2242	52,7%	2914	56,8%	9889	51,2%	
Média dos Dados da Ocorrência e da Violência	Ignorado/ Branco	953	30,8%	1095	32,7%	993	28,5%	1713	40,2%	1889	36,8%	6643	34,4%	Ruim
	Sim	45	1,5%	108	3,2%	45	1,3%	38	0,9%	51	1,0%	287	1,5%	
	Não	2100	67,8%	2144	64,1%	2444	70,2%	2505	58,9%	3192	62,2%	12385	64,1%	
Média dos Dados da Ocorrência e da Violência												43,8%	Ruim	

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVP/SINAN.

A avaliação da consistência das relações entre variáveis que foram projetadas neste estudo apresentou um desempenho excelente com média de 99,9% na proporção de dados adequados. Das nove análises de congruência entre campos de informação da ficha de notificação, sete apresentaram uma consistência de 100% no período verificado. Todas as relações construídas para a avaliação da qualidade dos dados produzidos pelo preenchimento da ficha foram avaliadas como excelentes.

As avaliações que envolveram a adequação da idade da vítima de violência aos campos da ficha de notificação – Escolaridade, Identidade de Gênero, Orientação Sexual, Situação Conjugal e Gestante –, e que apresentam regramentos específicos indicados pelo instrutivo quanto ao preenchimento correto, apresentaram uma classificação de consistência excelente, com 100,0% de adequação.

Entretanto, foram identificadas algumas inadequações em relação aos campos Sexo e Identidade Sexual, que não chegaram a comprometer a classificação da variável, que obteve média geral de 99,6%, sendo considerado um resultado excelente. O mesmo ocorreu com as variáveis “número de envolvidos” e “sexo do autor”, cuja média de consistência foi, respectivamente, de 99,8% e 100%, quando se tratou de lesão autoprovocada.

**Tabela 5.** Número e percentual de consistência de variáveis relacionadas na produção de informações epidemiológicas da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Salvador-BA, 2015-2019.

Variáveis	2015 (N=3098)		2016 (N= 3347)		2017 (N= 3482)		2018 (N= 4256)		2019 (N= 5133)		Total (N= 19315)		Avaliação de Consistência
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	Média %	
Idade X Escolaridade	3098	100%	3347	100%	3482	100%	4256	100%	5132	100%	19315	100%	Excelente
Idade X Identidade de Gênero	3098	100%	3347	100%	3482	100%	4256	100%	5132	100%	19315	100%	Excelente
Idade X Orientação Sexual	3098	100%	3347	100%	3482	100%	4256	100%	5132	100%	19315	100%	Excelente
Idade X Situação Conjugal	3098	100%	3347	100%	3482	100%	4256	100%	5132	100%	19315	100%	Excelente
Idade X Gestação	3098	100%	3347	100%	3482	100%	4256	100%	5132	100%	19315	100%	Excelente
Sexo X Gestação	3098	100%	3347	100%	3482	100%	4256	100%	5132	100%	19315	100%	Excelente
Sexo X Identidade Sexual	3086	99,6%	3335	99,7%	3465	99,5%	4241	99,7%	5109	99,5%	19236	99,6%	Excelente
Lesão Autoprovocada X Número de Envolvidos	3093	99,8%	3343	99,9%	3472	99,7%	4247	99,8%	5115	99,7%	19270	99,8%	Excelente
Lesão Autoprovocada X Sexo do Autor da Violência	3098	100%	3347	100%	3482	100%	4254	99,9%	5129	99,9%	19310	100%	Excelente
Média das análises de consistência											99,9%	Excelente	

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN.

## 6. DISCUSSÃO

O aumento do número de casos relacionados à violência interpessoal, notificados no transcorrer do período estudado, é um marcador que, necessariamente, não significa maior incidência de casos de violência no município de Salvador. Na verdade, muitos estudos apontam esse aumento como o resultado das políticas públicas de fortalecimento da prática da notificação da violência nos serviços de saúde (VELOSO et al., 2013; ABATH et al., 2014; SILVA; OLIVEIRA, 2016). Destaca-se, nesse sentido, a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que estabeleceram a notificação compulsória de agravos à saúde, relacionadas à violência e à produção ministerial do Instrutivo para Notificação da Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2016).

A média geral da avaliação de completitude das 16 variáveis analisadas neste estudo da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada preenchidas nos serviços de saúde do município de Salvador foi considerada ruim, com 42,7% de informações ignoradas. Este resultado difere de estudos realizados em outros estados e capitais, cujo percentual de completitude ficou em torno de 30% (ABATH et al., 2014; SILVA et al., 2018). Nesse contexto, essa dificuldade estrutural no preenchimento deste registro de importância sanitária afeta diretamente a qualidade dos dados advindos da notificação e a produção de ações que respondam a esse contexto (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

Estudos realizados no Rio de Janeiro (GIRANELLI et al., 2018), Belém (VELOSO et al., 2012) e Distrito Federal (SILVA; OLIVEIRA, 2016) também identificaram quantidade significativa de preenchimentos ignorados ou deixados em branco no conjunto dos registros da notificação da violência interpessoal e autoprovocada. Essas análises apontam que essas inadequações possuem relações com as falhas de preenchimento, a necessidade de capacitação para o registro, o não retorno sistematizado do consolidado de registro para as equipes de saúde, a programação do sistema que agrega as informações da notificação e o não reconhecimento da violência como um problema de saúde pública.

Por outro lado, estudos realizados no estado de Santa Catarina e em Palmas sobre violência contra a mulher mostraram níveis elevados de completitude, chegando a mais de 90% (SANTOS, 2017; DELZIOVO et al., 2018). Segundo alguns autores, este preenchimento mais completo está relacionado à sensibilização dos profissionais

da saúde por políticas públicas de incentivo à notificação e reconhecimento do agravo nesse contexto da violência contra a mulher (MINAYO; ASSIS; SOUZA et al., 2017), e também à ampliação da cultura de denúncia aos serviços de proteção e saúde pelas vítimas (SANTOS, 2017).

Ademais, a avaliação de completitude nacional realizada pelo MS (BRASIL, 2019) classificou como heterogênea a diferença de preenchimento global das unidades federativas, apresentando uma média nacional de completitude da ficha de notificação de 84,4% (regular). Este estudo, que aborda o ano de 2016, ainda apresenta que as regiões do país tiveram avaliações de dados registrados entre 76,7% no Nordeste a 89,9% no Sul, e o estado com melhor avaliação de completitude foi o Tocantins, com 94,1%, enquanto o pior desempenho foi observado em Sergipe, com 61,7%. Nessa avaliação, a Bahia teve uma classificação ruim, com 68,8% de dados registrados corretamente.

Nesse estudo, as variáveis “sexo” e “idade” apresentaram a melhor avaliação de completitude, com média de 100,0%, sendo classificadas como excelente. Essa constatação está intimamente relacionada por essas variáveis serem campos de preenchimento obrigatórios na notificação da violência e em outros sistemas de vigilância, sem os quais as fichas não poderiam ser incluídas nos bancos de dados (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

O campo de identificação das gestantes apresentou 35,0% de dados ignorados, recebendo uma avaliação ruim, o que difere da avaliação nacional e a pesquisa realizada em Santa Catarina, que, respectivamente, apresentaram uma tipificação regular e boa (DELZIOVO et al., 2018; BRASIL, 2019). Vale ressaltar que este campo possui especificações que podem confundir o notificador, como as opções “não” para mulheres em idade gestacional, mas que não estão grávidas, e “não se aplica” em caso de pessoas do sexo masculino ou do sexo feminino que não se encontram mais em idade fértil (BRASIL, 2016; GIRIANELLI et al., 2018).

Nesta pesquisa, as variáveis “escolaridade” e “raça/cor” apresentaram avaliações de completitude classificadas como muito ruim. Resultado que se assemelha aos estudos nacional e do estado da Bahia, cuja classificação oscilou entre regular, ruim e muito ruim (BRASIL, 2016, 2019). Apesar de não serem de preenchimento obrigatório, esses campos estão intimamente ligados à informação epidemiológica e aos aspectos operacionais das políticas públicas. A ausência desses

dados pode comprometer a produção da informação sanitária (SILVA; OLIVEIRA, 2016; AVANCI et al., 2017; SANTOS, 2017).

A variável “raça/cor” possui uma relevância reconhecida para produção da informação sobre o evento sanitário. Contudo, essa baixa completude é bastante relatada pelos estudos que avaliam os sistemas de informação de saúde no Brasil (SILVA; OLIVEIRA, 2016; SILVA et al., 2018; BRASIL, 2019). É possível que a pouca importância que é dada à necessidade desse registro seja expressão do racismo estrutural e institucional que estabelece práticas, políticas, comportamentos discriminatórios e preconceitos raciais no cotidiano de atuação da saúde, em que pessoas de um grupo étnico são colocadas em desvantagem e excluídas de seus direitos sociais (KALCKMANN et al., 2007; SILVA; PEREIRA, 2017).

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reafirmou a existência significativa de dados ignorados no preenchimento do quesito raça/cor em diversos sistemas de informação de vigilância em saúde, apontando para a produção de políticas de monitorização e formação que ampliam e qualificam essa notificação (BRASIL, 2017). Essa política mobilizou a elaboração da Portaria Ministerial nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que torna obrigatório o registro da informação raça/cor pelos profissionais de saúde, observando a perspectiva de autodeclaração do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e difunde essa variável em todas as fichas de notificação e registro do SUS, com o objetivo de melhorar a qualidade de dados.

As variáveis que apresentam uma identificação mais específica sobre quem são as pessoas vítimas de violência atendidas pelos serviços de saúde, com dados sociais e relacionais, foram as que apresentaram o maior número de dados ignorados neste estudo. Outros estudos encontraram resultados semelhantes com um número significativo de dados ignorados nas variáveis “identidade de gênero” e “situação conjugal” (SANTOS, 2017; ABATH et al., 2018; DELZIOVO et al., 2018). Ademais, nacionalmente, os valores relacionados a essas variáveis de dados complementares da vítima apresentam um preenchimento superior quando comparados ao do estado da Bahia, que apresenta dados ignorados significativos próximos aos encontrados em Salvador neste trabalho (BRASIL, 2019).

É possível que a dificuldade de preenchimento de alguns campos, encontrada em estudos de avaliação da qualidade da notificação, deva-se à inserção recente de algumas variáveis na ficha de notificação (SANTOS, 2017). As variáveis “orientação

sexual” e “identidade de gênero” foram incluídas na ficha em 2014 por meio de Portaria Ministerial (BRASIL, 2014). Acredita-se que exista um entendimento entre os profissionais de saúde de que essas informações não são essenciais para o contexto da assistência; essa compreensão está intimamente ligada aos currículos formativos que abordam os corpos de forma generalista e sem referências socioculturais (CANAVESE; POLIDORO, 2020).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010) compreende que essa população é discriminada e vulnerabilizada por sua identidade de gênero e orientação sexual, o que amplia as iniquidades no sistema de saúde (OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2018). O preenchimento correto dessas variáveis estabelece uma maior atenção e cuidado integral para essa população e a identificação mais precisa sobre o contexto e os impactos da violência, além de desenvolver e ampliar a rede de proteção e de assistência a essa população (PINTO et al., 2020).

A variável “possui algum tipo de deficiência/transtorno?”, que busca identificar se a vítima possui alguma deficiência física, mental, intelectual e sensorial que limite sua condição de vida na sociedade, apresentou uma avaliação de completude muito ruim neste estudo. Essa condição também foi encontrada na análise realizada no município de Recife por Abath e colaboradores (2018), com 61,6% de preenchimento. Além disso, na avaliação nacional de qualidade, esse campo informativo apresentou uma média de registro regular, com 80,9%, e o estado da Bahia apresentou uma classificação ruim, com 57,6% (BRASIL, 2019). Além disso, também constatou-se um baixo número de registros dessa questão no contexto de crianças e adolescentes em situação de violência em Minas Gerais (ALMEIDA, 2012).

Cavalcante e colaboradores (2018) refletem que a pessoa com deficiência e as pautas relacionadas não possuem a atenção devida dos serviços e das políticas públicas da saúde. Essa situação amplia ainda mais a estrutura de exclusão que afeta esses indivíduos. Os autores indicam que os profissionais da saúde devem compreender com mais profundidade os direitos dessa população, produzir assistência que dialogue com as dinâmicas familiares e promover ações de prevenção da violência, principalmente a sexual, que possui uma maior incidência entre as crianças e adolescentes. Ademais, apontam que a notificação adequada possui um papel estratégico para o reconhecimento da extensão e magnitude dessa problemática.

A ficha de notificação possui variáveis que dialogam e pretendem localizar e qualificar o ato violento (BRASIL, 2016; SANTOS et al., 2016; SOUZA et al., 2018). Neste estudo, os Dados da Ocorrência e da Violência (motivo da violência, número de envolvidos, sexo do provável autor da violência, suspeita por uso de álcool, local de ocorrência, lesão autoprovocada e violência relacionada ao trabalho) apresentaram uma média de completitude de 43,8% de dados ignorados, o que se configura uma classificação ruim. Oliveira e colaboradores (2014) analisam que as notificações sobre a violência podem ser limitadas, pois, ao notificar, a vítima dá visibilidade a ambientes e relações pessoais que deveriam ou poderiam ser de proteção. Assim, inevitavelmente, os vínculos de vida estarão em análise social diante das instituições que notificam. As estruturas familiares podem dificultar a notificação pelo vínculo entre os indivíduos envolvidos e por a violência no ambiente domiciliar ser carregada de estigmas que imprimem a ideia de fracasso social das pessoas nesse contexto.

A variável de preenchimento obrigatório “Local de ocorrência”, neste estudo, apresentou uma avaliação de completitude ruim, com 42,9% de informações não coletadas durante o processo de notificação. Apesar da especificidade da obrigatoriedade, a análise nacional avaliou o registro desse dado na média dos estados como regular; no estado da Bahia, foi apontado como ruim, com 32,9% de completitude (BRASIL, 2019). Contudo, estudos realizados em Santa Catarina, com 95,6% de completitude, e Palmas, com 97,4%, referentes à violência direcionada às mulheres, atestam bons níveis de preenchimento da variável (SANTOS, 2017; DELZIOVO et al., 2018).

O domicílio é identificado com mais frequência como o local de ocorrência em agressões interpessoais e autoprovocadas. Schenker, Avanci e Silveira (2017) apontam que é necessário compreender a instituição familiar e a produção de suas relações interpessoais para compreender os conflitos que podem gerar situações violentas. Em nossa sociedade, do ponto de vista cultural e moral, a família é reconhecida como um espaço de proteção e formação individual. Contudo, esse espaço relacional é permeado por conflitos geracionais, de gênero e comportamentais.

Minayo, Avanci e Figueiredo (2017) defendem que as lesões autoprovocadas e as tentativas de suicídio são situações limítrofes para a consumação do suicídio. Além disso, é a segunda causa de morte entre os mais jovens no país, ocupando o décimo lugar em números de mortes. A variável essencial “a lesão foi

autoprovocada?” apresentou, neste estudo, uma avaliação de completitude ruim, com 24,4% de informações ignoradas. A avaliação nacional encontrou, na média entre os estados, 91,3% de completitude, e o estado da Bahia registrou 75,3% (BRASIL, 2019). O estigma social que acompanha o comportamento suicida, o receio da criminalização do ato e a dificuldade de preenchimento influenciam na subnotificação do evento de violência autoinfligida (BAHIA et al., 2020).

Neste estudo, identificou-se uma completitude ruim com 41,8% de dados ignorados para a variável “motivação da violência”, pois a base de dados que foi utilizada nesta pesquisa não apresenta o perfil para esse campo. Outros estudos encontraram essa dificuldade de preenchimento da variável em questão (SANTOS, 2017; GIRIANELLI et al., 2018). A notificação da motivação da violência trará consigo os elementos e as relações que estão dinamizando e a produzindo nos diversos contextos; logo, compreender esses mobilizadores é uma parte importante para a estruturação da prevenção (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017). Ademais, a variável “motivação da violência” possui uma inserção recente na ficha de notificação (GIRIANELLI et al., 2018; SANTOS, 2017).

A inserção recente da variável “motivação da violência” também traz consigo a necessidade de conhecer conceitos e expressões que atravessam o contexto da violência. Na ficha, são dispostas as seguintes motivações: sexismo, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua, deficiência e a opção “outros” para casos que não estejam descrito anteriormente. O “não se aplica”, que não deve ser marcado, o registro “ignorado”, quando não identificado ou não relatado e, emergindo mais de uma motivação, deve-se registrar a que possui mais impacto na ocorrência (BRASIL, 2016). Os termos que caracterizam a motivação foram estabelecidos a partir do processo sistemático de aproximação do fenômeno da violência por instituições acadêmicas, movimentos sociais e instituições públicas com o objetivo de conhecer e intervir na problemática (OLIVEIRA; FONSECA, 2014; MINAYO et al., 2018). Entretanto, ainda é indicado uma sistematização de políticas de EPS para maior compreensão dos trabalhadores da saúde e maior apropriação desses conceitos que informam o motivo da ação violenta (POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020).

As variáveis “número de envolvidos” e “sexo do autor da violência” estão, nesta análise, diretamente ligadas à identificação do indivíduo ou dos autores da violência. Esses campos foram avaliados para completitude como ruins, com 43,7% e

48,8% de dados ignorados, respectivamente. Outros estudos encontraram resultados melhores para o preenchimento desses campos no conjunto das notificações: o estado de Santa Catarina apresentou 97,4% de registros adequados para a primeira variável e 98,7% para a segunda (DELZIOVO et al., 2018); em Palmas, foram encontrados, na sequência, 96,2% e 97,4% de completitude, respectivamente (SANTOS, 2017). Conhecer o perfil dos agressores é determinante na produção de práticas preventivas e organizativas do trabalho no controle da violência e na identificação e interrupção do ciclo violento (SANTOS et al., 2016).

Nesse contexto, indivíduos do sexo masculino e atos violentos realizados por uma única pessoa são identificados como o perfil mais registrado e observado na produção de dados no sistema de informação dessas variáveis (SOUZA et al., 2016; SANTOS, 2017; ANDRADE et al., 2018). Identificar o agressor é tido pelos trabalhadores da saúde como uma situação complexa que produz diversos receios, principalmente pela questão da autoproteção diante da inserção do setor em territórios vulneráveis (CARVALHO, 2017; PRATA et al., 2017).

A variável “suspeita de uso de álcool” apresentou um desempenho considerado muito ruim ao apresentar 71,7% de dados ignorados ou em branco, sendo tal resultado compatível com o de outros estudos. Isso denota a dificuldade por parte dos notificadores em compreender a interferência do uso do álcool nessa situação sanitária (ASSIS et al., 2012; SOUZA et al., 2016; SANTOS, 2017; DELZIOVO et al., 2018). O uso do álcool tem sido relatado por profissionais da saúde e vítimas da violência como um dos elementos promotores de situações e ambientes violentos. Trata-se de um problema de saúde pública que, no Brasil, tem recebido uma abordagem proibicionista e moralista, com o objetivo de moldar o desejo do consumidor (VIELLAS et al., 2013; OLIVEIRA; FONSECA, 2014; CARVALHO et al., 2017).

O campo “violência relacionada ao trabalho” apresentou uma avaliação de completitude ruim, visto que o campo apresentou 34,4% de dados ignorados ou em branco. Essa observação difere da média entre os estados e o Distrito Federal, na análise feita no estudo nacional, que apresentou um preenchimento de 91,5%. Entretanto, a Bahia apresentou dificuldade nessa variável, com registro adequado de 75,8% (BRASIL, 2019). O estudo realizado em Recife (ABATH et al., 2014) apresentou 73% de preenchimento adequado para a variável em questão. Assim, é

necessário compreender o que tem estabelecido essa dificuldade de notificar essa relação entre violência e o trabalho.

Gomes (2017) aponta que os estudos relacionados à violência ligada ao trabalho estão concentrados, em sua maioria, no contexto do setor saúde, em que é possível identificar os trabalhadores e trabalhadoras das regiões periféricas de grandes centros urbanos como as vítimas prioritárias de agressões, ameaças e assédio. Sendo assim, há uma relação de consequências para a saúde desses profissionais, além do medo, da sensação de impotência e da frustração profissional. Por conseguinte, esse contexto proporciona a diminuição das ações de saúde nesses territórios e dificulta a organização do trabalho. O autor constata que os ambientes de trabalho de saúde são espaços que apresentam, com frequência, situações de assédio moral e violência psicológica, situação que possui relação com os processos hierárquicos e de gestão das organizações dos serviços de saúde, e muitos desses acontecimentos não possuem registros nas instituições.

Os dados ignorados influem diretamente na qualidade da informação produzida pelo sistema de informação e, nesse sentido, no período estudado, é necessário estabelecer uma atenção crítica sobre os resultados epidemiológicos produzidos relacionados a agravos à saúde por situações violentas. Logo, a incompletude do preenchimento das variáveis é um problema para a sistematização e formulação da informação sobre o evento sanitário. Assim, são necessárias ações de monitoramento e avaliação desse banco de dados relacionado à violência para recortes epidemiológicos e a produção de políticas públicas mais assertivas.

Na avaliação da congruência das informações advindas da relação entre as variáveis “sexo” e “identidade de gênero”, foram identificadas algumas inadequações, que não foram suficientes para alterar a classificação excelente, apresentando adequação de 99,6%. Entretanto, o estudo realizado por Girianelli e colaboradores (2018), entre 2014 e 2016, encontrou dificuldades mais expressivas nessa relação, com uma inconsistência de 67,2%, pois estes autores não utilizaram o número de ficha total para avaliar a relação dessas variáveis, e sim o número de fichas que notificaram diretamente ligadas aos campos que buscava analisar. Nesse caso, 168 estavam relacionadas com 133 preenchimentos errôneos.

Buscando compreender os processos mobilizadores para a realização da notificação da violência, Silva (2015) aponta que o ato de notificar é um exercício de poder que permeia as múltiplas relações que envolvem a atividade do profissional de

saúde e uma ação de resistência contra a perpetuação da violência. Essa autora aponta que há uma necessidade de pesquisar os olhares, as motivações, as práticas e os saberes daqueles trabalhadores e trabalhadoras que notificam. Ela indica, também, que a compreensão das motivações que geram violência e o compartilhamento de experiências exitosas podem ser utilizados em políticas públicas de formação do trabalhador no avanço sobre essa problemática.

Almeida e colaboradores (2014) apontam a necessidade de compreender o processo de trabalho em saúde em relação a situações de violência para que se possa analisar e intervir nesse contexto e propiciar formação para os profissionais de saúde. Esse estudo apresenta que as necessidades de saúde geradas pela violência não possuem um reconhecimento como objeto de trabalho que possibilite estabelecer uma assistência pautada na integralidade e nos determinantes sociais. Além disso, é percebida uma tendência de compreensão moral muito forte na abordagem dessa temática. Ao dialogar sobre os instrumentos utilizados na ação, as autoras apontam que esse não reconhecimento da violência como objeto de trabalho tem estabelecido um entendimento de inabilidade entre os profissionais de saúde e o compartilhamento para outros espaços de cuidado que não necessariamente dialogam com a problemática. Sendo assim, é produzida uma atenção fragmentada e sem a perspectiva da integralidade, o que dificulta o desenvolvimento de ações que avancem na proteção e no acolhimento dessas vítimas. Nesse sentido, é necessária a reorganização desse processo na sua idealização, buscando aproximação com saberes que compreendem as relações sociais, criticam o modo de produção e dialogam com as ciências humanas, pois esses sustentarão a elaboração de outras práticas de atenção a essa pauta.

A partir da avaliação da qualidade dos dados no Sistema de Vigilância em Saúde realizada neste estudo, é possível conjecturar elementos presentes no processo de trabalho da realização da notificação que necessitam de reflexões dos operadores e participantes de políticas de formação e capacitação dos trabalhadores relacionados à temática da violência. Outras pesquisas realizam essa associação e apontam para a produção de ações de EPS, estabelecendo, assim, proposições que surgem desse contexto de busca por compreensão da violência, que devem propiciar o desenvolvimento de itinerários pedagógicos protagonizados pelos profissionais, apropriação de saberes mais dialógicos com os determinantes sociais de saúde e processos estruturais e organizativos para o apoio na formação em serviço

(ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; FEUERWERKER, 2014; SANTOS; PINTO, 2017; RODRIGUES et al., 2021).

A avaliação de completude realizada neste estudo aponta para a necessidade de maior aproximação dos profissionais de saúde com o fenômeno da violência, já contemplado nas políticas e documentos oficiais do ato de notificação da violência. Nesse contexto, observa-se uma inadequação substancial diante das orientações e objetivos da política de prevenção, e do instrutivo para a notificação, que versam sobre a necessidade de identificação da vítima, dos aspectos e motivação da violência, apontamento dos agressores e a produção de informações epidemiológicas. Outros estudos identificam essa relação de compreensão limitada sobre quais necessidades a notificação busca atender, e apontam que há, por parte dos profissionais, uma percepção de distância dessas necessidades que surgem das agressões interpessoais e autoprovocadas com o fazer da saúde, muitas vezes reduzidas à abordagem ao trauma físico momentâneo (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013; ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; SILVA, 2014; CORDEIRO et al., 2015).

Algumas pesquisas apontam que as ações de educação permanente em saúde no contexto da assistência e da notificação da violência devem aprofundar a leitura das relações socioculturais e econômicas que compõem a sociedade onde o trabalho em saúde acontece. Assim, um dos objetivos deve ser superar a compreensão de que o objeto de trabalho estaria limitado à assistência na perspectiva biológica (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA e COUTO, 2006; ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; RIBEIRO, 2017; PINTO et al., 2020).

Nesta análise, buscando compreender as limitações captadas pela avaliação da qualidade dos dados, as variáveis “escolaridade” e “raça/cor” apresentaram uma inadequação significativa de preenchimento. Dito isso, podemos conjecturar que essas informações podem não ser consideradas importantes por parte dos notificadores. Esse achado corrobora outros estudos, que associam essa inadequação com essa dada não “importância” pelos profissionais (GUEDES; FONSECA, 2011; OLIVEIRA; FONSECA, 2014; SILVA, 2014; POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020). Assim, teríamos neste recorte de produção das informações, que estão amplamente ligadas a aspectos sociais e possuem relações objetivas com os processos de saúde/doença, inadequações que fogem da atividade pré-concebida e normatizada para a notificação. Nesse sentido, a EPS deve atuar nos serviços e com os profissionais, possibilitando a compreensão com maior profundidade das relações

advindas dos determinantes sociais em saúde, estabelecendo maior sentido e intencionalidade no registro desses dados.

O processo de trabalho em saúde, bem como o ato de notificar a violência, são estabelecidos e expressam a representação do modo de produção e as dinâmicas sociais que emanam da sociedade (MENDES-GONÇALVES, 2017). Não é difícil observar a existência dos atravessamentos de problemáticas presentes em nossa realidade na atuação do coletivo de profissionais de saúde de maneira consciente ou inconsciente, como racismo, sexismo, homofobia e desigualdade social. Estes podem influenciar na condução das práticas de cuidado e na realização da notificação de violência por profissionais de saúde que fazem parte dessa sociedade. (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; CARVALHO, 2016; SILVA; PEREIRA, 2017; PINTO et al., 2020).

Diante da força da incompletude no registro da situação sanitária envolvendo a violência levantada neste estudo, é necessário conhecer e entender o olhar do coletivo de trabalhadores da saúde que produzem esses dados epidemiológicos, pois a notificação é fruto do desenvolvimento humano e tecnológico, e, indiscutivelmente, é um garantidor de direitos constitucionais. Em alguma medida, é identificado nas avaliações e discussões que envolvem a notificação da violência uma naturalização das ocorrências violentas direcionadas a grupos vulneráveis, invisibilidade das vítimas, operado por perspectivas preconceituosas e moralizantes e no não reconhecimento como cidadãos portadores de direitos garantidos em lei (MENEGHEL et al., 2011; PINTO et al., 2020; POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020).

A ficha de notificação é um instrumento que permite o registro, a consolidação e a análise sobre uma situação de violência. Ademais, é um elemento articulador entre os setores que atuam sobre um mesmo objeto de trabalho, permitindo a integração e a organização da vigilância em saúde e a produção de políticas públicas (PEDUZZI, 2002; BRASIL, 2016). Neste íterim, é importante que as ações de EPS propiciem a compreensão da complementariedade e interdependência dos trabalhos realizados na abordagem da violência na saúde. Assim, o profissional que notificar deve compreender e reconhecer a finalidade e o processo de trabalho dos outros profissionais que atuam sobre a mesma problemática nos diferentes setores e níveis de organização (ABAHT et al., 2014).

Os avanços tecnológicos que foram sendo agregados à ficha de notificação e à vigilância em saúde nos últimos anos possibilitaram uma maior assertividade na

realização da notificação e aproximação com o produto desejado das políticas de prevenção a violência (ABAHT et al., 2014; PINTO et al., 2020).

A consistência classificada como excelente dos dados produzidos pela notificação encontrada nesse estudo possui uma relação estreita com os avanços tecnológicos materiais e não materiais que foram agregados ao processo da notificação nos últimos anos, e estes foram necessários para melhorar a reprodução desse trabalho no cotidiano dos serviços. Girianelli e colaboradores (2018) sinalizam que a consistência dos dados pode melhorar se o sistema de vigilância continuar a promover inovações tecnológicas relacionadas à programação que simplifiquem a notificação.

A formação acadêmica na saúde tem sido local de disputa entre perspectivas de manutenção e transformação social, e, para fomentar as transformações, a formação em nível superior deve integrar aos seus processos a reflexão sobre o processo de trabalho e as necessidades de saúde da população, além de possibilitar organizações pedagógicas que compreendem o objeto de atuação por um referencial socialmente construído (SANTOS; PINTO, 2017). As graduações em saúde possuem um papel extremamente importante para qualificação da atenção às situações sanitárias envolvendo a violência e no desenvolvimento do cuidado às vítimas. Assim, é preciso repensar e integrar os currículos acadêmicos às necessidades advindas dessa problemática, além de apontar para a construção do reconhecimento da violência como objeto de trabalho da saúde (ALMEIDA et al., 2014; CORDEIRO et al., 2015). Souza e colaboradores (2009) apontam que as graduações devem aproximar a formação da assistência às vítimas, abordar a violência no ensino de forma interdisciplinar e transdisciplinar, ampliar as ações de extensão integradas com outras áreas do conhecimento, estimular a pesquisa relacionada a esse problemática e realizar formação continuada com o corpo docente.

As estruturas e organizações hospitalares refletem os conflitos e as relações sociais da sociedade na qual estão inseridas (MENDES-GONÇALVES, 2017), entre eles os de classe, raça e gênero, os quais reproduzem, em muitas das suas práticas assistenciais e organizativas, a violência em suas diversas expressões, principalmente a institucional, conjuntura esta que é fomentada pela falta de estrutura e precarização do trabalho (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

É evidente a baixa produção de estudos que buscam analisar e reconhecer as necessidades estruturais e formativas que determinam as práticas de saúde nas

instituições hospitalares (ASSIS; DESLANDES; MINAYO, 2017). Contudo, investimentos em ações EPS geram ampliação e qualificação na realização da notificação e da atenção à saúde das vítimas (VELOSO et al., 2013). Além disso, ações de promoção à saúde voltadas aos profissionais e melhorias nas condições de trabalho contribuem para a diminuição do ciclo de violência entre profissionais e pacientes, ampliando a compreensão do objeto de trabalho nesse contexto (OLIVEIRA et al., 2013).

Esta pesquisa observou um baixo número de notificações na atenção básica do município quando comparado com os outros níveis do sistema, ficando aquém das possibilidades para um serviço de base territorial com práticas de saúde ordenadas pelo vínculo entre serviço e comunidade, profissional e usuário. Esse distanciamento possui relação com processos mais gerais, como o não reconhecimento da violência enquanto objeto de trabalho ou demanda de saúde. Esse quadro é fomentado pela não abordagem dessa discussão nos cursos de graduação (CARNASSALE, 2012; FERNANDES et al., 2017; SOUZA et al., 2009).

Nesse interim, é possível identificar questões mais próximas ao contexto da atenção primária, como a maior proximidade da situação violenta, na qual se amplia o medo do revide do agressor contra o profissional notificador, além da compreensão equivocada de que os serviços hospitalares devem ser responsáveis por essa problemática. Também, o entendimento de que os conflitos no ambiente domiciliar não devem ter interferência do serviço de saúde, alta rotatividade dos profissionais e redes de apoio às vítimas inoperantes (SOUZA et al., 2009; CARNASSALE, 2012; VIERA; DESLANDES, 2016). A EPS é fundamental para mobilizar esse contexto, ampliando a leitura sobre as possibilidades de atuação diante da violência. Entretanto, ações estruturantes que atravessam o fazer do notificador possuem um peso considerável na qualificação da notificação na Atenção Básica.

A partir da avaliação da qualidade de dados das notificações da violência no município de Salvador realizada neste estudo, bem como das reflexões sobre o processo de trabalho em saúde que orientam as práticas de cuidado neste contexto, é evidente a necessidade da produção de uma compreensão coletiva mais profunda sobre as demandas sociais relacionadas à violência, na condução da assistência às vítimas e na elaboração das informações epidemiológicas. A EPS precisa dialogar com as necessidades formativas dos trabalhadores e trabalhadoras, a partir dos desafios apresentados no cotidiano do serviço e da dinâmica do território adstrito,

associadas ao ato de notificar as situações sanitárias de agravo à saúde pela violência.

Os currículos das graduações em saúde devem ser construídos de forma a compreender e abordar as necessidades sociais e humanas, que são estabelecidas no modo de produção que vivemos. Assim, avançaremos no entendimento de que a violência é um objeto de trabalho da saúde. Além disso, precisamos incorporar os referenciais e perspectivas da saúde coletiva, que irão possibilitar um diálogo com os determinantes sociais. Além disso, é preciso fazer uma crítica coletiva às formações que são unicamente mobilizadas por uma perspectiva mercadológica, pois estas inevitavelmente colocam as necessidades da população e do SUS como sub prioridades. Dessa forma, acabam por ampliar o não reconhecimento da violência como objeto de trabalho de saúde.

A qualidade da informação advinda do sistema de vigilância em saúde é um marcador de desenvolvimento humano que estará associado ao determinado momento histórico. Assim, compreende-se que a melhora nessa qualidade dependerá de ganhos e lutas sociais em vários processos na sociedade em questão. Logo, o profissional da saúde, o trabalho coletivo e a consciência diante das necessidades da população serão a mola propulsora para o enfrentamento da problemática da violência.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos diante de um desafio com poucos referenciais relacionados à avaliação da qualidade da informação gerada pela notificação e com uma aproximação do campo de conhecimento da saúde, com a problemática da violência, que necessita ser ampliada. Dito isso, compreende-se esta pesquisa como um recorte de um processo maior e inicial da produção de saberes e práticas que irão produzir as políticas públicas para o enfrentamento dessa condição, que causa profundos impactos sociais, especialmente na sociedade brasileira.

Este estudo enfrentou alguns desafios em seu desenvolvimento, uma vez que a sua realização ocorreu em um contexto pandêmico que impediu a produção de dados primários, conforme havia sido planejado inicialmente. O estudo apoiou-se em dados secundários provenientes de banco de acesso público disponível na internet e organizado pela SESAB. Trata-se de banco não nominal que passa por atualizações regulares, mas possui alguns limites e programações que podem restringir a aproximação com as informações geradas pela notificação. Ademais, o tema deste trabalho não dispõe de uma ampla produção científica que trate de forma específica da análise da qualidade de dados dos eventos sanitários relacionados à violência, produzidos pelo sistema de vigilância em saúde.

É importante demarcar que essa avaliação da qualidade de dados da notificação da violência não está centrada na perspectiva individualizante, que poderia denotar o erro ou acerto dessa ação unicamente ao fazer do trabalhador da saúde que notifica, mas é fruto de uma complexidade que influencia esse processo de trabalho. Logo, as práticas de EPS devem refletir e abarcar essa complexidade relacionada às relações sociais para alcançar as estruturas e organizações coletivas que irão qualificar essa construção. Assim, precede nessas ações formativas o apoio aos profissionais para a produção qualificada da notificação.

O período estudado no município de Salvador apresenta uma ampliação no número de notificações no decorrer dos anos. Este avanço pode estar relacionado aos diversos investimentos e organizações históricas que têm sido realizados na abordagem dessa problemática. Como exemplo, temos as políticas públicas específicas de enfrentamento da violência, o aprimoramento da ficha de notificação, que passou a ser compulsória, campanhas na mídia pela identificação de algumas situações de violência, mobilização dos movimentos sociais para reconhecimento de

grupos vulneráveis e o avanço das pesquisas nessa discussão. Assim, esses processos podem estar atuando na sensibilização dos profissionais da saúde.

A avaliação da qualidade de dados do sistema de vigilância não se finda com uma pesquisa com foco em dois ou mais atributos, mas sim com o acúmulo de processos avaliativos em diferentes momentos históricos, que vão aprofundando essa compreensão sobre o trabalho e as dificuldades que são estabelecidas na produção da notificação no cotidiano dos serviços de saúde. Logo, estudos que abordem outros aspectos da qualidade dos dados relacionados à violência no município de Salvador são necessários para a ampliação e compreensão da leitura dessa produção de informação.

Aponta-se, aos gestores da saúde e mobilizadores das políticas de EPS no município, a importância de estabelecer uma intensificação dos processos formativos voltados à compreensão da importância da qualidade dos dados notificados para a construção do combate à violência. É preciso, também, propiciar uma maior aproximação dos trabalhadores com o instrutivo da notificação de violência e as legislações que historicamente foram agregando conceitos e demandas sociais ao processo de qualificação do registro de situações violentas.

Os resultados deste estudo apontam algumas das necessidades formativas do coletivo de trabalhadores que notificam as situações de violência no município de Salvador, que exigirão uma abordagem mais incisiva e constante nas ações de educação permanente. Em especial, essa abordagem deve agir na compreensão da importância de reconhecer e desvelar o contexto epidemiológico mais próximo à realidade objetiva para elaboração de políticas públicas mais assertivas. Desse modo, precisamos avançar na adequação da notificação das variáveis que tiveram avaliação de completitude ruim e muito ruim.

Além disso, é preciso avançar sobre as necessidades estruturais e de articulação de rede que podem contribuir para a não realização da notificação. Assim, é estratégico idealizar ações que dialoguem com as diferentes realidades dos níveis do sistema. Nesse contexto, faz-se necessário dar uma atenção especial para as estruturas hospitalares que comportam a maior parte das notificações, e também para uma maior mobilização da atenção básica, que, diante de sua extensão e expressão territorial, poderia fomentar com mais intensidade as políticas de prevenção à violência. Dito isso, as orientações feitas ao município, neste estudo, para as ações formativas dos profissionais, e de gestão dos processos de trabalho relacionados à

problemática da violência, devem ser compartilhadas com a esfera estadual, pois esta apresenta, na avaliação da qualidade da informação produzida pelo MS sobre o conjunto das notificações do ano de 2016, dificuldades próximas às encontradas nesta pesquisa.

A avaliação da qualidade de dados do sistema de vigilância relacionados à notificação de agravos à saúde é um marcador social, pois possibilita a compreensão do desenvolvimento humano em um determinado contexto, e também permite o diagnóstico sobre a realização do trabalho individual e coletivo associados ao ato de notificar. O município de Salvador deve proporcionar espaços e ações formativas que qualifiquem a notificação, ampliando a compreensão dos profissionais quanto à importância dessa atenção à saúde, e desenvolver condições organizativas e materiais para a realização adequada dessa ação de cuidado.

## REFERÊNCIAS

- ABATH, M. B. et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 131-142, mar. 2014.
- ALMEIDA, A. H. do V. et al. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 48, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiveosemodontologia/article/view/3600>>. Acesso em: 2 nov. 2020.
- ALMEIDA, A. E. de. **Epidemiologic profile of violence notifications against children and adolescents in the state of Minas Gerais, 2009 to 2010**. 2012. 150 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde das Populações) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.
- ALMEIDA, L. R. de; SILVA, A. T. M. C. da; MACHADO, L. dos S. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, p. 110-119, 2013.
- \_\_\_\_\_. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 18, n. 48, p. 47-60, 2014.
- ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ANDRADE, C. dos S. S. et al. Notificação da violência física e sexual de crianças e adolescentes: o papel do sistema de vigilância de violências e acidentes/viva. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, BA, v. 8, n. 1, p. 46-53, 2018.
- ARENDRT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- ARREGUY, M. E. A leitura das emoções e o comportamento violento mapeado no cérebro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1267-1292, dez. 2010.
- ASSIS, S. G. et al. Aporte das neurociências para compreensão da violência. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 471-498.
- ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9. p. 2305-2317, 2012.

AVANCI, J. Q. et al. Violência contra a criança e o adolescente: descobertas e desafios. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.(Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p.161-186.

AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2825-2840, 2017.

BAHIA, C. A. et al. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, e2019060, maio 2020. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742020000200011&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRANCO, J. G. O. et al. Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1877-1886, maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sinan relatórios: manual de operação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil – 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

CARNASSALE, V. D. **Notificação de violência contra a mulher: conhecer para intervir na realidade**. 2012. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CARVALHO, A. P. de et al. Consumo de álcool e violência física entre adolescentes: quem é o preditor? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12. p. 4013-4020, 2017.

CARVALHO, A. C. de R. **Agir e interagir na prevenção da violência: estudo em um bairro de Salvador-Bahia**. 2016. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2018**. 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9406>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. **Atlas da violência 2019**. 2019. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9406>>. Acesso em: 2 nov. 2020.

CORDEIRO, K. C. C. et al. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 209-217, jul./set. 2015.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4467-4478, 2014.

CARVALHO, L. de S. et al. Fichas de notificação da Leishmaniose visceral: a tecnologia como aliada. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, SC, v. 7, n. 2, p. 60-69, 2018.

**DIRETRIZES atualizadas para avaliação de sistemas de vigilância em saúde pública: recomendações do grupo de trabalho de diretrizes**. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-dasaude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2021.

- EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 83-92, jan. 2018.
- FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG/Coopmed, 2009.
- FERNANDES, T. B. et al. Notificação de violência: conhecimento de cirurgiões-dentistas que atuam na Região Carbonífera, SC. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 2, p. 124-134, 2018.
- FLEURY, S. Militarização do social como estratégia de integração: o caso da UPP do Santa Marta. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 14, n. 30, p. 194-222, ago. 2012.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.
- GIRIANELLI, V. R. et al. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 318-326, jul. 2018.
- GOMES, L. Fiocruz lança cartilha de prevenção à violência armada. 2019. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-cartilha-de-prevencao-violencia-armada>>. Acesso em: 27 out. 2020.
- GONÇALVES, R. B. M. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R.; SANTOS, L. (Org.). **Saúde, Sociedade e História**. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 298-339.
- GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. da. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. esp. 2, p. 1731-1735, 2011.
- GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliadas pela estratégia de saúde da família para violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-311, abr. 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Salvador**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/salvador.html>>. Acesso em: 30 jul. 2021.
- KALCKMANN, S. et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

- LIMA, C. R. de A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.
- LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 661-673, jun. 2015.
- LUGARINHO, L. P.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W. Perspectivas dos estudos sobre violência na adolescência e cortisol: revisão bibliográfica sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1321-1332, abr. 2017.
- LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 481-491, 2010.
- LUXEMBURGO, R. **Acumulação do capital**: contribuição ao estudo econômico do imperialismo. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- MACHADO, M. E. S. et al. Percepção de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16 n. 1, p. 209-217, 2017.
- MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 45-55, mar. 2007.
- MARX, K. **O capital**. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (Org.). **Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**; São Paulo : Hucitec ; Porto Alegre : Rede Unida, 2017. P. 298-374.
- MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, 2011.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2008. p. 427-432.
- MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- \_\_\_\_\_. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.
- MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, J. G.; SOUZA, E. R. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 39-62.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, set. 1993.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997.

MONTEIRO, F. O. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 476-502, set. 2010.

MOREIRA, G. A. R. et al. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, p. 327-336, 2015.

MOTA, E.; ALAZRAQUI, M. Informação em saúde coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 195-199.

OLIVEIRA, B. G. et al. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 26, n. 3, p. 403-411, dez. 2018.

OLIVEIRA, D. O.; POLIDORO, M. **Análise das situações de violência no Rio Grande do Sul: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS**. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

OLIVEIRA, E. B. et al. Nursing work in hospital emergency units–psychosocial risks: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 1, p. 73-88, 2013.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 231 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

OLIVEIRA, J. R. de et al. Violência sexual e cocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, 2014.

OLIVEIRA, R. N. G.; FONSECA, R. M. G. S. Violência como objeto de pesquisa e intervenção na área da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa em Gênero, Saúde e Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. esp. 2, p. 31-38, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014**. São Paulo: OMS, 2015.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-40.

PAIM, J. S.; COSTA, H. O. G.; VILASBOAS, A. L.Q. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 485-494, mar. 2009.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERES, M. F. T. Prevenção, atenção e controle de violências interpessoais comunitárias. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 437-464.

PERES, M. F. T.; RUOTTI, C. Violência urbana e saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 107, p. 65-78. 2015.

PINTO, I. V. et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. 1, 2020.

PINTO, L. W. et al. Violência contra mulheres: antigas questões, novas configurações. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.(Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 203-222.

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

PRATA, N. I. S. S. et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-53, abr. 2017.

RIBEIRO, B. S. **Percepção de agentes comunitários de saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas**. 2017. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, 2017.

RODRIGUES, G. V. B. et al. Processo de educação permanente sob a micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Merhy: reflexão teórica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, 2021.

ROMEO, A. C. D. C. B. et al. Guerra civil não-declarada? Um recorte do status da violência urbana em uma capital no Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, 2020.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, mar. 2007.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, jun. 2007.

SANTOS, L.; PINTO, I. C. M. Práticas de saúde e formação de profissionais: os desafios contemporâneos e as contribuições da obra de Ricardo Bruno. In: MENDES-GONÇALVES, R. B.; AYRES, R. C. M.; SANTOS, L. (Org.). **Sociedade, saúde e história**. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 427-439.

SANTOS, M. C. O. **Violência contra as mulheres em Palmas, Tocantins**: o que revelam os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN? 2017. 73 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SANTOS, R. S. et al. O conflito armado e os impactos na saúde dos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, 2020.

SANTOS, T. M. B. et al. Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3907-3916, 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. A Revista de Saúde Pública na produção bibliográfica sobre Violência e Saúde (1967-2015). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 63, 2016.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 112-120, 2006.

SILVA, L. E. P. da; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 331-342, jun. 2016.

SILVA, M. M.; PEREIRA, S. G. Violência contra a população negra: ampliando olhares. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). **Novas e velhas faces da**

**violência no século XXI:** visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 341-362.

SILVA, P. A. **Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes como exercício de poder e resistência.** 2015. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, 2015.

SILVA, R. J. da; CARNEIRO, S. Violência racial: uma leitura sobre os dados de homicídios no Brasil. **Geledés – Instituto da Mulher Negra**, São Paulo, 2009.

SOUZA, C. S. et al. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-784, mar. 2014.

SOUZA, E. R., et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1709-1719, dez. 2009.

SOUZA, E. R. et al. **Violência estrutural e Covid-19.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2020.

SOUZA, V. M. M. et al. Avaliação do sistema nacional de vigilância epidemiológica da leptospirose Brasil, 2007. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-105, 2010.

TEIXEIRA, C. F.(Org.). **Planejamento em Saúde:** conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VIEIRA, M. F.; DESLANDES, S. F. As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1583-1596, 2016.

VIELLAS, E. F. et al. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2013.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015:** homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2015.

\_\_\_\_\_. **Mapa da violência 2016:** homicídios por arma de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2016.

WEBER, M. **Ciência e Política:** duas vocações. Rio de Janeiro: Cultrix, 2013.

## ANEXOS

## Anexo I

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/interfamiliar, 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 intrafamiliar/comunitária, somente serão objeto de notificação os sintomáticos contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população 1211.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravamento		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CEI III)	3	
	4 UF		5 Município da notificação				Código (IBGE)	
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 3- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros						
7	Nome da Unidade Notificadora			Código Unidade		8		
8	Unidade de Saúde			Código (CNES)				
Notificação Individual	10 Nome do paciente						9	
	12 (OU) Idade		13 Sexo		14 Gestante		15	
	16 Exatidão da idade		17		18		19	
	20		21		22		23	
	24		25		26		27	
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida, ...)				Código	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)			
	33		34		35		36	
<b>Dados Complementares</b>								
Dados da Pessoa Agravada	33 Nome Social			34 Ocupação				
	35 Situação conjugal / Estado civil							
	36 Orientação Sexual		37 Idoneidade de gênero					
	38 Possui algum tipo de deficiência/transorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		40		41	
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		51 Horário de ocorrência			
	52 Local de ocorrência		53		54		55	
	56		57		58		59	

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 89-Ignorado		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	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		
	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		
Dados do provável autor da violência	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"/> Amigo/conhecido <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"/> Madrastra <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(2) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura	
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2016

## Anexo II



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Departamento Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde  
Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis  
SAC SUI - Quadra 2 Ed. Premium Torre 1  
Lemeo - Sala 15

### Nota Informativa CGDANT/DANTPS/SVS/MS

Notificação de Violência Interpessoal/  
Autoprovocada – Portaria GM/MS nº  
1271/2014 e SINAN versão 5.0.

#### I – DA QUESTÃO

Orientações sobre a notificação de violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio e de outras violências, no âmbito da Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014 e alterações na ficha de notificação de violências no SINAN versão 5.0.

#### II - SOBRE A PORTARIA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA Nº 1271/2014

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) informa que a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 9 de junho de 2014, revogando a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011<sup>1,2</sup>.

A notificação das violências é contemplada na Portaria GM/MS nº 1.271/2014, de modo a atender a obrigatoriedade prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990; no Estatuto do Idoso instituído pela Lei nº 10.741/2003 e alterado pela Lei nº 12.461/2011; e na Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher<sup>3,4,5,6,7</sup>.

### III - SOBRE A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS E AGRAVOS E O REGISTRO NO SINAN

A Portaria GM/MS Nº 1.271/2014 destaca a distinção dos conceitos de notificação e registro no sistema de informação<sup>2</sup>.

Para isso, considera-se notificação compulsória a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo da portaria, cuja periodicidade pode ocorrer de modo imediato ou semanal, sendo:

- **Notificação compulsória imediata (NCI):** notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;
- **Notificação compulsória semanal (NCS):** notificação compulsória realizada em até 07 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo.

Uma peculiaridade deste processo é que na NCS, a notificação se confunde com o registro, pois ambos acabam ocorrendo por meio do mesmo instrumento. Ou seja, a autoridade de saúde fica sabendo da ocorrência da doença ou agravo a partir do formulário preenchido pelo profissional de saúde.

Para distinguir o ato de notificar do ato de registrar, o Artigo 6º da Portaria GM/MS Nº 1.271/2014 estabeleceu que a notificação compulsória, independentemente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela S/S/MS. O sistema de informação de destino irá variar de acordo com a doença ou agravo em questão e sua respectiva versão vigente<sup>2</sup>.

### IV - NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL, TENTATIVA DE SUICÍDIO E DE OUTRAS VIOLÊNCIAS.

Para o registro da notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan 5.0 utiliza-se o código genérico Y09 – agressões por meio não especificado da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, visto que a ficha de notificação de violências é única para diversos tipos e naturezas de violências,

embora a CID-10 classifique as lesões autoprovocadas voluntariamente no agrupamento X60 – X84 e os casos de violência sexual nos códigos Y05 e Y07. A análise das notificações de violências não é feita segundo a categoria da CID-10, mas sim por tipologia da violência, a saber: intrafamiliar/doméstica, extrafamiliar/comunitária, autoprovocada, institucional e segundo a natureza da violência: física, negligência/abandono, sexual, psicológica/moral, dentre outras.

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, os casos de tentativa de suicídio e violência sexual passam a ser de notificação imediata no âmbito municipal, e deve seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS<sup>1,2</sup>.

A notificação imediata de violência sexual e tentativa de suicídio deve ocorrer conforme estabelecido no Art. 4º da Portaria GM/MS Nº 1.271/2014. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível<sup>1,2</sup>.

### 1. Tentativa de suicídio

Quanto à tentativa de suicídio, justifica-se a inclusão desse agravo na lista de agravos de notificação imediata pelo município, considerando a importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.

É imprescindível articular a notificação do caso à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.

Para medidas de prevenção, é importante que todos profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade e desesperança, crise conjugal e familiar, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de acesso aos meios. O suicídio é a expressão final de um processo de crise. É importante também sensibilizar profissionais de outros setores, tais

como: educação, segurança pública, assistência social e a população em geral sobre esse problema de saúde, com vistas a preveni-lo<sup>8</sup>.

## 2. Violência sexual

Para os casos de violência sexual, a notificação imediata vem no sentido de agilizar o atendimento à vítima e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas de doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais em até 72 horas da agressão, o mais precocemente possível, de acordo com o preconizado na Norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” e na Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências<sup>9,10</sup>.

A notificação imediata é fundamental para organização dos serviços a fim de que seja garantido o acesso às medidas de prevenção dos agravos resultantes da violência sexual em tempo oportuno. A notificação se dará a partir do fluxo definido pela vigilância local, no qual o serviço de saúde notifica via ficha de notificação, telefone, fax ou outro meio específico à vigilância municipal e encaminha a pessoa que sofreu a violência para os serviços de referência para violência sexual no setor saúde e rede de proteção. É importante a agilidade deste fluxo para garantir que a vigilância tenha conhecimento destes casos, e que eles sejam encaminhados ao seguimento adequado. Portanto, é necessário articular a notificação do caso à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento com o encaminhamento imediato da pessoa para a rede de atenção à saúde.

## V. COMUNICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL, TENTATIVA DE SUICÍDIO E DE OUTRAS VIOLÊNCIAS

Paralelamente à notificação dos casos de violência doméstica, sexual e de outras violências (incluindo as tentativas de suicídio) deve ser realizada a comunicação do caso aos Conselhos Tutelares, no caso de violências contra crianças e adolescentes em conformidade com o ECA; ao Conselho do Idoso, ou ao Ministério Público ou à Delegacia do Idoso, no caso de violência contra pessoas com 60 anos ou mais de acordo com o Estatuto do Idoso e Lei nº 12.461/2011. No caso de violência contra mulher, deve-se orientar à vítima a procurar a Delegacia de Mulheres.

A notificação corresponde ao processo de informar o caso à vigilância em saúde do município para a tomada de ações de saúde, já a comunicação diz respeito ao ato de informar o caso aos órgãos de direitos e de proteção para a tomada das medidas protetivas.

## VI. TABELA RESUMO<sup>2</sup>

NOTIFICAÇÃO					REGISTRO			
Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FORMULÁRIO	CID-10	
		Imediata (≤ 24 horas) para						Se- ma- nal
		MS	SES	SMS				
46	a. Violência: doméstica e/ou outras violências				X	Sinan NET	Específico	Y09
	b. Violência: sexual e tentativa de suicídio			X		Sinan NET	Específico	Y09

## VII. ALTERAÇÕES NA FICHA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SINAN VERSÃO 5.0

A Secretaria de Vigilância em Saúde liberou a versão do SINAN 5.0 a partir de outubro de 2014. Com essa nova versão do sistema, a ficha de notificação de violências passou por alterações.

A ficha do SINAN 5.0 é denominada Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (segue anexa). Foram incluídos os seguintes campos na ficha:

- campo 31 – nome social;
- campo 34 – orientação sexual;
- campo 35 – identidade de gênero;
- campo 53 – essa violência foi motivada por; e
- campo 62 – ciclo de vida do provável autor da agressão.

As alterações na ficha buscam atender ao disposto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), ampliando o objeto da notificação, incorporando as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica.

Foram retirados alguns campos da ficha, visto que após análise do banco de dados, esses campos eram subutilizados ou não geravam informação para a ação. Desse modo, a área técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde - CGDANT do Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS da SVS buscou manter na ficha campos com maior relevância para a vigilância de violências e produzam informações epidemiológicas para a intervenção, seja individual ou coletiva, e que contribuam para a formulação de políticas públicas de prevenção, atenção, promoção da saúde e da cultura de paz.

## VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Ministério da Saúde. *Portaria 1271 de 06 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria\\_1271\\_06jun2014.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf). Acesso em 04 nov.2014.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – n.º 01, de 12 de agosto de 2014. Brasília, 2014.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

4 Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em novembro de 2014

5 Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. *Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003*, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm). Acesso em novembro de 2014

6 Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. *Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011*, que altera a Lei nº 10.741, de 1<sup>o</sup> de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/LeiL12461.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/LeiL12461.htm). Acesso em novembro de 2014

7 Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. *Lei nº 10.770, de 24 de novembro de 2003*, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de

violência contra a mulher que foi atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.776.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.776.htm). Acesso em novembro de 2014

8 Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011. 87p. il.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes; norma técnica. 3.ed. atual e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasília, 04 de novembro de 2014

---

Mariana Gonçalves de Freitas  
Analista Técnica de Políticas Sociais  
CGDANT/DANTPS/SVS/MS

---

Fancida Anjos Paiva  
Analista Técnica de Políticas Sociais  
CGDANT/DANTPS/SVS/MS

---

Fabiana Sherine Ganem dos Santos  
Consultora  
CGDANT/DANTPS/SVS/MS

---

Cheila Marina de Lima  
Consultora  
CGDANT/DANTPS/SVS/MS

---

Marta Maria Alves da Silva  
Coordenadora  
Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis  
DANTPS/SVS/MS