

Escenario de monitoreo y notificación de las violencias en Brasil

1

ARTÍCULO TEMÁTICO

Joviana Quintes Avanci (<https://orcid.org/0000-0001-7779-3991>)¹
Queiti Batista Moreira Oliveira (<https://orcid.org/0000-0003-1721-4649>)¹
Simone Gonçalves de Assis (<http://orcid.org/0000-0001-5460-6153>)¹

Resumen Este artículo analiza cómo las acciones de monitoreo y notificación de las violencias están incorporadas en los diferentes niveles de atención en Brasil, según el tamaño poblacional y la pertenencia regional. Se caracteriza por un estudio transversal, con carácter descriptivo, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas, con la aplicación de cuestionarios en 290 servicios de atención primaria, 128 hospitalarios y 113 de rehabilitación en 379 municipios brasileños. En el enfoque cualitativo se entrevistaron a 63 profesionales de la salud o gestores de los servicios. Los datos se analizan según las frecuencias por nivel de atención, región y tamaño poblacional. Las entrevistas fueron sometidas a análisis de contenido en modalidad temática. Los resultados muestran que las unidades hospitalarias se destacan en la notificación, que los servicios de atención primaria sobresalen en la concertación de flujos y divulgación de información, y que las acciones de formación continua necesitan ser ampliadas. Se recomienda: integración entre los sistemas de información; retroalimentación de la información en la atención y vigilancia; mejora de los registros sobre violencia autoprovocada y la creación de historias clínicas electrónicas para la articulación en la red.

Palabras clave Violencia, Notificación, Vigilancia en salud pública

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. jovi.avanci@gmail.com

Introducción

Desde el histórico informe sobre violencia y salud, a comienzos del siglo XXI, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la importancia de invertir esfuerzos en la vigilancia de las violencias en todo el mundo¹. En los años siguientes, el enfoque se centró no solo en la notificación de los casos, sino también en la cualificación de la información sobre morbilidad, mortalidad y costos económicos derivados de las violencias, esencial para la toma de decisiones basadas en evidencia²⁻⁴. En Brasil, desde los años 2000, se han implementado políticas públicas y una serie de estrategias, entre las cuales se destacan la estructuración de la Red Nacional de Prevención de Accidentes y Violencias y la implementación del Sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes (VIVA)⁵⁻⁸.

La magnitud de la expresión de las violencias en Brasil y la forma desigual en que afecta a grupos específicos convocan al sector salud a actuar en la prevención, en el monitoreo epidemiológico, en la orientación a través de políticas públicas y en la intervención^{9,10}. El informe “*Global Study on Homicide 2021*” muestra que la tasa global de homicidios es de aproximadamente 6,1 por cada 100.000 habitantes, con énfasis en las regiones de América Latina y el Caribe. En Brasil, la tasa de homicidios es aproximadamente cinco veces mayor que la media global y, en América del Sur, es el país con la segunda mayor tasa¹¹. Entre los niños, los datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia¹² indican que uno de cada cuatro niños en el mundo vive en territorios con altas tasas de violencia física o psicológica. Y aproximadamente una de cada tres mujeres en todo el mundo (30%) ha sido víctima de violencia física o sexual por parte de una pareja íntima o no pareja en algún momento de su vida¹³. Los conflictos armados y las violencias en áreas de guerra siguen siendo causas de grandes desplazamientos forzados de personas.

Los datos colocan la violencia en el centro de la agenda de salud pública y alertan sobre la necesidad de generar evidencias sobre la magnitud del problema y de crear y mejorar sistemas de vigilancia e información de salud; de ofrecer servicios cualificados; de sensibilizar y capacitar a profesionales y gestores para responder a las necesidades de los sobrevivientes de manera integral y empática; de prevenir la recurrencia de la violencia mediante la búsqueda de identificación temprana; de informar sobre el funcionamiento de los servicios; de promover derivaciones y apoyo apropiados¹³.

La vigilancia se sitúa como una directriz importante de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencias (PNRMAV)⁸, orientando acciones de notificación y seguimiento de los eventos, diagnóstico de muertes y daños involucrando niños y adolescentes, mujeres, personas mayores, personas con discapacidad, con trastornos mentales, y, más recientemente, se ha incluido en la agenda de salud la atención a la violencia étnico-racial y contra la población LGBTQIA+^{7,14}. La notificación de las violencias es obligatoria por actos normativos y legales¹⁵⁻¹⁹.

El registro y la sistematización de los datos sobre este fenómeno permiten caracterizar el tipo de violencia cometida y el perfil de los involucrados, lo que subsidia las tres esferas de gestión del Sistema Único de Salud (SUS), en los ámbitos Federal, Estatal y Municipal, en cuanto a la definición de prioridades y políticas públicas de prevención y promoción de la vida⁷.

La Política considera prioritaria la mejora de la información y, entre los años 2009 y 2014, el número de municipios notificantes en el VIVA-Continuo creció un 370% y el porcentaje de notificaciones de violencia doméstica, sexual u otras violencias aumentó un 343%, dando visibilidad a estos agravios¹⁴. Minayo *et al.*¹⁴ explican que, desde el punto de vista de las hospitalizaciones, se buscó cualificar el diagnóstico primario y secundario, lo que ayudó a identificar no solo el procedimiento empleado, sino también la causa primaria que provocó la lesión. Añaden que, con relación a la mortalidad, la inversión se realizó junto a los Institutos Médico Legales, con el objetivo de elucidar la forma de violencia que provocó el fallecimiento y, de esta manera, reducir la participación de las muertes clasificadas como eventos con intención indeterminada.

A pesar de los avances, aún existen muchas debilidades en el conocimiento sobre cómo realmente ocurren las acciones de vigilancia en los servicios de salud del país, especialmente en los servicios de atención primaria, hospitalaria y de rehabilitación. Este estudio ofrece elementos clave para la planificación y asignación de recursos con el fin de mejorar la atención a los casos de violencia y la evaluación de prácticas y políticas. Destaca además la necesidad de apoyo a investigaciones estratégicas, fomento a acciones de educación permanente, creación y fortalecimiento de redes intra e intersectoriales, y, particularmente, sensibilización de los profesionales y gestores para mejorar la respuesta institucional a la violencia y la protección y cuidado de las víctimas. El artículo analiza cómo las acciones de monitoreo y notificación de las

violencias están incorporadas en los diferentes niveles de atención en Brasil, según el tamaño poblacional y la región a la que pertenecen.

Método

El estudio forma parte de una investigación nacional realizada entre los años 2020-2023, titulada “Investigación Evaluativa de la Implementación de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMMAV)”. Se caracteriza por su naturaleza transversal y descriptiva, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas desde su concepción, así como en la recolección y análisis de datos²⁰.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública de Fiocruz, con el CAAE 27932820.7.0000.5240. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI).

Enfoque cuantitativo

Se elaboraron cuestionarios con preguntas cerradas y abiertas sobre la vigilancia de accidentes y violencia basados en investigaciones evaluativas anteriores²¹ y en las directrices recomendadas por el PNRMMAV⁸. Se enviaron 5.570 cuestionarios online a secretarios de salud y gestores de los tres niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) de todos los municipios brasileños, con preguntas sobre la estructura de los servicios de atención a la violencia, el proceso de formación de los equipos, la capacitación, las acciones prioritarias y los resultados alcanzados. Las direcciones de correo electrónico se organizaron a partir de listas facilitadas por el Ministerio de Salud. La plataforma RedCap fue utilizada entre julio y noviembre de 2021, con respuestas de 290 servicios de atención primaria, 128 servicios hospitalarios y 113 servicios de Recuperación/Rehabilitación, distribuidos en 379 municipios brasileños. La encuesta, que contó con el apoyo del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass) y el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (Conasems), tuvo dificultades para conseguir la adhesión de personas y gestores municipales, ya que se realizó en plena pandemia de la COVID-19.

Las cuestiones analizadas en este artículo se refieren a la notificación, las acciones de monitoreo y el uso de la información sobre las violencias notificadas, desglosadas por nivel de

atención, región y tamaño de la población del municipio (grande 100.000 habitantes o más, mediano y pequeño hasta 99.999 habitantes). Las estadísticas se analizaron con el programa SPSS versión 24.0²².

Enfoque cualitativo

En esta fase se entrevistó a gestores y profesionales sanitarios, especialmente a los que trabajaban en los Centros de Prevención de Accidentes y Violencia y en los servicios de vigilancia. En su ausencia, se entrevistó a los profesionales que trabajan en la atención de urgencias y emergencias y en la atención primaria. También participaron gestores de la Secretaría de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, del CONASS y del CONASEMS. Fueron realizadas 63 entrevistas a gestores y profesionales de salud en 26 capitales de estado, en el Distrito Federal y en diez municipios del interior del país, seleccionados de acuerdo con el tamaño, la región y el grado de implantación de la PNRMMAV.

Las entrevistas se realizaron mediante guiones semiestructurados, abordando los temas que aquí se presentan y que dialogan con los datos cuantitativos: servicios que notifican los casos de violencia, barreras para la notificación, flujos establecidos y uso de la información. Las entrevistas se realizaron a distancia en *Google Meet* y tuvieron una duración media de una hora; fueron grabadas y transcritas. El procedimiento utilizado para el análisis de las entrevistas fue temático²³ y consideró las categorías que abordan el monitoreo y la notificación de casos, así como las categorías de relevancia señaladas por los diferentes actores en sus respectivos papeles en la implementación del SUS.

Resultados

Notificación en atención primaria, hospitalaria y rehabilitación

Los servicios hospitalarios son los que más casos de violencia notifican en los municipios (87,4%) y los servicios de rehabilitación en las capitales (100,0%) (Tabla 1). En los hospitales, los profesionales de salud son los protagonistas en la notificación, seguidos de los centros hospitalarios y los centros de asistencia social, con más destaque en las capitales. La evidencia de los hospitales se explica en gran medida por el hecho de que son centros de referencia en traumatología, lo que repercute en el registro de las lesiones:

El mayor número de registro de las violencias procede de hospitales y UPA, seguidos del SAMU. La atención primaria representa solo alrededor del dos por ciento de las notificaciones (Responsable de Vigilancia de Salvador-BA).

Aunque informan menos, los servicios de atención primaria son fundamentales en el registro de lesiones relacionadas con la violencia: 82,9% en los municipios y 77,8% en las capitales encuestadas. El Programa Equipo de Poblaciones Ribereñas, la Unidad/Clinica de Salud de la Familia, el Centro de Salud/Puesto de Salud, el Centro de Atención Psicosocial al Alcohol y Otras Drogas (CAPS AD) y el Programa Mejor en Casa (90,7%) son los que más informan; El Programa de Salud Bucodental (77,3%) y el Centro de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) (79,9%) son los servicios menos citados, así como los Servicios Terapéuticos Residenciales (88,6%) y el Programa de Salud en la Escuela (PSE) (85,7%) en las capitales de estado, aunque todos ellos tienen una frecuencia elevada. El perfil de los servicios notificadores es similar en las diferentes regiones brasileñas. Sin embargo, independientemente del nivel de atención, hubo dificultades para notificar si ciertos casos eran sospechosos o podían ser confirmados.

La región Centro-Oeste destacó en términos de notificaciones en los servicios de atención primaria y servicios hospitalarios. Las regiones Sureste y Sur destacan en los registros de los

servicios de rehabilitación. Los municipios más grandes (90,0%-100,0%) destacan en cuanto a la notificación de atención hospitalaria a víctimas de violencia, mientras que los municipios más pequeños son menos expresivos, aunque con porcentajes elevados. Sólo el 2,5% de los servicios de atención primaria encuestados no notificaron nunca de sucesos violentos, especialmente los de las ciudades más pequeñas (Tabla 1).

La mayoría de las veces, el monitoreo de los casos de violencia ha tenido lugar en el país más por iniciativa individual de un profesional más sensibilizado con el tema, y no como una acción planificada con recursos financieros y humanos dedicados. Esta situación, que generalmente sobrecarga a unas pocas personas, provoca que los profesionales enfermen y dejen a sus puestos de trabajo:

Durante mucho tiempo [esta profesional] se encargó de leer los formularios de notificación. No tenemos piernas para hacerlo todo, pero para los casos más graves o llamativos, ella volvía al municipio y orientaba desde aquí. Cosa que ya no hacemos. [La persona] acabó enfermando [...] Lo que vengo haciendo para no decir que no hacemos nada, los casos que salen en la prensa o que están en el periódico por la mañana, los localizo en el formulario, si no está en el formulario llamo a la municipalidad, mando a buscarlo y estoy pendiente (Encuestado del Núcleo Estadual de Prevención de la Violencia de Espírito Santo).

Tabla 1. Distribución porcentual de la notificación de las violencias al SINAN-Net por Atención Primaria, Hospitalaria y Recuperación/Rehabilitación según municipios, capitales y regiones participantes y por tamaño poblacional. Brasil, 2021.

Lugar	Tamaño poblacional	Atención Primaria			N	Atención Hospitalaria			N	Atención de Recuperación/Rehabilitación		
		Sí, la mayoría de los servicios (%)	Sí, pocos servicios (%)	No notifican (%)		Sí (%)	No (%)	Sí (%)		No (%)	N	
Municipios	-	82,9	14,6	2,5	281	87,4	12,6	111	71,4	28,6	105	
Capitales	-	77,8	22,2	0,0	18	85,7	14,3	7	100,0	0,0	7	
Región Norte	Hasta 99.999	85,7	14,3	0,0	14	87,5	12,5	8	57,1	42,9	7	
	Más de 100.000	77,8	22,2	0,0	9	100,0	0,0	3	100,0	0,0	7	
Región Nordeste	Hasta 99.999	82,2	16,4	1,4	73	82,1	17,9	39	72,0	28,0	25	
	Más de 100.000	85,7	14,3	0,0	7	100,0	0,0	3	66,7	33,3	3	
Región Sudeste	Hasta 99.999	80,8	12,3	6,8	73	83,3	16,7	24	61,9	38,1	21	
	Más de 100.000	85,7	14,3	0,0	21	90,0	10,0	10	75,0	25,0	12	
Región Sur	Hasta 99.999	84,6	13,5	1,9	52	87,5	12,5	8	88,2	11,8	17	
	Más de 100.000	50,0	50,0	0,0	6	100,0	0,0	3	75,0	25,0	4	
Región Centro-Oeste.	Hasta 99.999	94,7	5,3	0,0	19	100,0	0,0	11	33,3	66,7	6	
	Más de 100.000	85,7	14,3	0,0	7	100,0	0,0	2	66,7	33,3	3	

Fuente: Autores.

La rotación de profesionales y el miedo a las represalias dificultan la notificación de la violencia, especialmente en la atención primaria, debido al trabajo del sector sanitario en los territorios. En este nivel asistencial, en pequeñas poblaciones y en lugares muy conflictivos por la violencia urbana y delictiva, los límites entre notificación y denuncia son difusos, ya que la identificación de presuntas situaciones de violencia suele desencadenar acciones para atender a las víctimas y responsabilizar a los agresores. Ante esto, se han creado diferentes estrategias para ofrecer apoyo a los profesionales, como responsabilizar a la unidad por la notificación.

Es complicado cuando el profesional no entiende que se trata de una notificación y que su nombre no será propuesto a la comunidad o a la facción. Entendemos que están realmente amenazados, tenemos lugares aquí donde la gente sólo puede ir al servicio si la facción lo permite (Encuestado de Atención Primaria de Manaus-AM).

Acciones de monitoreo

Se destacan acciones estandarizadas de vigilancia, concertación y evaluación de indicadores sobre violencias como parte del monitoreo en todos los niveles de gestión y tamaño poblacional del municipio. Ha sido recurrente el uso de nuevas tecnologías para calificar la información del formulario con detección automática de errores e inconsistencias en el llenado de la información. Un ejemplo es el Programa de Calificación de Acciones de Vigilancia en Salud (PQA-VS), que incentiva el aumento de las notificaciones y el correcto llenado de campos como raza/color:

Hemos conseguido que el 95% de las notificaciones tengan datos válidos en el campo raza/color, pero aún tenemos que insistir mucho para que los datos no válidos no aparezcan como ignorados o en blanco. Obligatoriamente se realiza esta encuesta mensualmente, incluso la de duplicados. Hacemos este chequeo para ver si se trata de una reincidencia o si realmente era un duplicado, así que siempre estamos controlando y haciendo esta búsqueda para todas las enfermedades. Cuando a veces pasamos algo por alto, el Estado siempre lo señala también (entrevistado de Macapá-AP).

El apoyo a la mejora de la calidad de la información en el SUS es evidente en los servicios de atención primaria, hospitalaria y de rehabilitación, con una buena frecuencia de aplicación (una o más veces al año) en la mayoría de los servicios, especialmente en las capitales y los

municipios con mayor tamaño poblacional. Llama la atención el apoyo significativo a la mejora de la calidad de la información en la red sanitaria privada que ofrece atención hospitalaria. Sin embargo, el registro de los problemas toxicológicos y la preparación de formularios para obtener información sobre violencias, aparte del SINAN, son raramente mencionados por los servicios de atención hospitalaria. Del mismo modo, el apoyo a la mejora de la calidad de la información de los servicios de rehabilitación en la red privada es raramente mencionado (Tabla 2).

En general, los servicios de atención primaria son los que llevan a cabo más acciones relacionadas con la concertación de flujos y la difusión de información en municipios y capitales (Tabla 3). La frecuencia de estas acciones es elevada y la concertación de flujos intersectoriales se evidencian en todos los niveles asistenciales de las regiones (más del 73,7%), con la excepción de los grandes municipios del Sur (50,0%). En el Norte y el Nordeste, el análisis y difusión de los datos del SINAN son las acciones más citadas; en el Sudeste, la concertación de un flujo intersectorial e intrasectorial es lo más relevante; en el Sur y el Centro-Oeste, destaca la concertación de un flujo intrasectorial (datos no presentados).

Los flujos intersectoriales e intrasectoriales acordados con la red de protección reúnen información sobre la violencia procedente de distintos servicios: redes de asistencia a la salud, de protección, de seguridad pública y de justicia, entre otros. Para la aplicación de los flujos se utilizan estrategias en línea, reuniones, foros intra e intersectoriales y otros dispositivos de comunicación en los que ocurren discusiones, capacitaciones y concertación de derivaciones, protocolos y notas técnicas que orientan la atención y producción de información en la realidad de los servicios.

El flujo se establece en el municipio. La unidad notifica, lo lleva a la Secretaría Municipal de Salud. Con la pandemia, abrí un correo electrónico para que enviaran copias escaneadas. Y todavía tenemos algunas unidades que las envían de esta forma (Respondiente de la Atención Primaria de Porto Velho-RO).

Tenemos como herramientas nuestra guía de práctica clínica (PAC) y los protocolos de enfermería, que fueron fundamentales para girar la llave hacia la mejora de la notificación. El primer marco del PAC es identificar las situaciones de emergencia, y a partir de ahí dirige el algoritmo que lleva a las conductas y flujos que tenemos en

Tabla 2. Frecuencia de la implementación de acciones de vigilancia de violencias por la Atención Primaria, Hospitalaria y Rehabilitación en municipios y capitales. Brasil, 2021.

Acciones de monitoreo	Atención Primaria							
	Municipios				Capitales			
	1 o más veces al año (%)	Cada 2 años o más (%)	Nunca (%)	N Total	1 o más veces al año (%)	Cada 2 años o más (%)	Nunca (%)	N Total
Apoyo a la mejora de la calidad de la información en la Red Pública	76,2	11,5	12,2	286	88,9	5,6	5,6	18
Apoyo a la mejora de la calidad de la información en la Red Privada	50,2	10,8	39,0	287	55,6	11,1	33,3	18
Creación de registros/formularios (diferentes del SINAN) por parte del municipio para obtener información sobre violencias	33,3	7,4	59,3	285	16,7	11,1	72,2	18
Establecimiento de acciones estandarizadas de vigilancia epidemiológica para los casos de morbimortalidad por violencias, determinando incluso los factores de riesgo	58,8	9,2	32,0	284	76,5	11,8	11,8	17
Utilización de los registros del Servicio Integrado de Atención al Trauma en Emergencias (Siate), Servicio de Atención Móvil de Urgencias (Samu), cuerpo de bomberos y policías	41,8	5,3	53,0	285	72,2	0,0	27,8	18
Utilización de los registros de los Servicios/ Centros Toxicológicos	28,5	4,6	66,9	281	27,8	0,0	72,2	18
Acciones de monitoreo	Atención Hospitalaria							
	Municipios				Capitales			
	1 o más veces al año (%)	Cada 2 años o más (%)	Nunca (%)	N Total	1 o más veces al año (%)	Cada 2 años o más (%)	Nunca (%)	N Total
Apoyo a la mejora de la calidad de la información en la Red Pública	59,1	10,9	30,0	110	75,0	12,5	12,5	8
Apoyo a la mejora de la calidad de la información en la Red Privada	45,9	8,1	45,9	111	62,5	12,5	25,0	8
Implementación de la Ordenanza GM/ MS n° 142/1997, que determina la especificación del tipo de causa externa en la AIH	52,7	8,2	39,1	110	57,1	14,3	28,6	7
Creación de registros/formularios (diferentes al SINAN) por parte del municipio para la obtención de información sobre violencias	41,3	5,5	53,2	109	37,5	12,5	50,0	8
Establecimiento de acciones estandarizadas de vigilancia epidemiológica para los casos de morbimortalidad por violencias, determinando incluso los factores de riesgo	52,8	12,0	35,2	108	62,5	25,0	12,5	8
Utilización de los registros del Servicio Integrado de Atención al Trauma en Emergencias (Siate), Servicio de Atención Móvil de Urgencias (Samu), cuerpo de bomberos y policías para el monitoreo de violencias	46,4	8,2	45,5	110	62,5	12,5	25,0	8
Utilización de los registros de los Servicios/ Centros Toxicológicos para el monitoreo de violencias a través de la atención hospitalaria	30,0	5,5	64,5	110	62,5	0,0	37,5	8

continua

Tabla 2. Frecuencia de la implementación de acciones de vigilancia de violencias por la Atención Primaria, Hospitalaria y Rehabilitación en municipios y capitales. Brasil, 2021.

Acciones de monitoreo	Atención en Rehabilitación							
	Municipios				Capitales			
	1 o más veces al año (%)	Cada 2 años o más (%)	Nunca (%)	N Total	1 o más veces al año (%)	Cada 2 años o más (%)	Nunca (%)	N Total
Apoyo a la mejora de la calidad de la información en la Red Pública de atención a la salud	55,7	8,5	35,8	106	57,1	14,3	28,6	7
Apoyo a la mejora de la calidad de la información en la Red Privada de atención a la salud	39,6	8,5	51,9	106	42,9	14,3	42,9	7
Implementación de la Ordenanza GM/MS n° 142/1997, que determina la especificación del tipo de causa externa en la AIH	46,5	6,9	46,5	101	57,1	14,3	28,6	7
Creación de registros/formularios (diferentes al SINAN) por parte del municipio para la obtención de información sobre accidentes y violencias	42,9	9,5	47,6	105	57,1	0,0	42,9	7
Establecimiento de acciones estandarizadas de vigilancia epidemiológica para los casos de morbilidad y mortalidad por accidentes y violencias, determinando incluso los factores de riesgo	48,5	9,7	41,7	103	57,1	28,6	14,3	7
Realización de análisis de datos sobre accidentes y violencias en las unidades de Recuperación/Rehabilitación	45,2	12,5	42,3	104	57,1	14,3	28,6	7

Fuente: Autores.

Tabla 3. Distribución porcentual de la implementación de acciones relacionadas con la notificación de violencia a SINAN-Net por la Atención Primaria, en los municipios y capitales participantes. Brasil, 2021.

Acciones	Atención Primaria			Atención Hospitalaria			Atención en Rehabilitación		
	Si (%)	No (%)	N	Si (%)	No (%)	N	Si (%)	No (%)	N
	Municipios								
Concertó un flujo intrasectorial para la notificación	78,8	21,2	288	55,6	44,4	108	68,5	31,5	73
Concertó un flujo intersectorial con la red de protección	73,2	26,8	287	55,0	45,0	109	65,8	34,2	73
Realizó análisis y difusión de los datos	60,3	39,7	287	50,9	49,1	108	67,1	32,9	73
Capitales									
Concertó un flujo intrasectorial para la notificación	94,4	5,6	18	85,7	14,3	7	83,3	16,7	6
Concertó un flujo intersectorial con la red de protección	83,3	16,7	18	85,7	14,3	7	66,7	33,3	6
Realizó análisis y difusión de datos	100,0	0,0	17	85,7	14,3	7	83,3	16,7	6

Fuente: Autores.

la red. Y al final siempre tendrá allí: “notifica el caso y remítelo al flujo adecuado”. Cada profesional, médico y enfermero, tiene un PAC. Y está entrenado (Respondiente de la Atención Primaria en Florianópolis-SC).

El SAMU llega al lugar de los hechos, siempre se etiqueta como “accidente” [...] La mayoría de las veces, es el hospital el que identifica que ha sido violencia, que ha sido una agresión y no un accidente cualquiera. Cuando el SAMU lo identifica, esta notificación se hace también en la entrada del hospital. Lo llevamos a un profesional, llamamos al personal de los servicios sociales al llegar al hospital (Respondiente de la Atención Prehospitalaria de São Luís-MA).

Uso de la información

El uso de información sobre violencia generada en el monitoreo es más expresivo en las capitales. En general, los servicios de atención primaria se destacan en este sentido, seguidos por los de rehabilitación y el hospitalario. La utilidad de los datos para los momentos de formación y para la adecuación de los equipos de profesionales son los fines más mencionados por los entrevistados (Tabla 4). La publicidad de la información a través de boletines, portales y plataformas de acceso público se convierte en un dispositivo importante en la construcción de la visibilidad del tema de la violencia, al mostrar su magnitud y diferentes formas de expresión. Sin embargo, existen numerosos relatos que

afirman el no uso de los datos para la producción de boletines, lo que indica la subutilización de la información para la mejora de prácticas y de divulgación científica:

No puedo implementar ni exigir de mi gestor ningún recurso o asistencia para mis acciones si no expongo estos datos. Les digo a los equipos: “¿cómo voy a llegar a mi Secretario y decirle: necesitamos apoyo, necesitamos tales profesionales, necesitamos calificar?”. Cuando veo, la producción de datos sobre los atendimientos es muy baja. No están notificando. ¡Es un desafío! (Respondiente de la Atención Primaria de Caruaru-AM).

En los servicios de recuperación/rehabilitación, el registro de los casos de acuerdo con la CID-10 es el más citado (87,6% en los municipios y 83,3% en las capitales), seguido de análisis para la planificación de las acciones (53,6% y 83,3%, respectivamente), análisis sistemático de los registros (44,8% y 50,0%) y formación de personal para el registro y sistematización de la información (44,2% y 50,0%).

Las especificidades regionales muestran la diversidad de estrategias utilizadas por los servicios de salud para mejorar las notificaciones y el monitoreo. Por ejemplo, Palmas-TO creó un sistema propio (Notifica SUS), destinado a las notificaciones de accidentes y violencias, el cual se expandió a otras instituciones. Recife-PE recibió un premio por la inversión en la notificación de intentos de suicidio, con la integración de datos sobre intoxicaciones exógenas, y

Tabla 4. Distribución porcentual de los fines para la utilización de los datos generados en el monitoreo de los accidentes y violencias por la Atención Primaria en los municipios y capitales participantes. Brasil, 2021.

Utilización de datos	Atención Primaria			Atención Hospitalaria			Atención en Rehabilitación		
	Sí (%)	No (%)	N	Sí (%)	No (%)	N	Sí (%)	No (%)	N
Municipios									
Para la producción de boletines	49,0	51,0	286	42,3	57,7	111	56,6	43,4	106
En momentos de formación	63,6	36,4	286	40,4	59,6	109	54,3	45,7	105
Para la adecuación de la infraestructura de atención	60,2	39,8	284	49,5	50,5	109	59,8	40,2	107
Para la adecuación de los equipos de profesionales	69,4	30,6	284	56,4	43,6	110	68,2	31,8	107
Capitales									
Para la producción de boletines	77,8	22,2	18	71,4	28,6	7	100,0	0,0	7
En momentos de formación	94,4	5,6	18	83,3	16,7	6	85,7	14,3	7
Para la adecuación de la infraestructura de atención	61,1	38,9	18	57,1	42,9	7	57,1	42,9	7
Para la adecuación de los equipos de profesionales	72,2	27,8	18	71,4	28,6	7	85,7	14,3	7

Fuente: Autores.

fomentó el registro del ítem raza/color. El estado de Espírito Santo mejoró la notificación y el monitoreo después de la implementación de la línea de cuidado, con acciones para aumentar la conciencia sobre la importancia de la notificación en el estado, especialmente en las áreas de urgencias/emergencias, en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), en la Atención Primaria y otras. Con la creación e implementación de la ley estatal denominada “Ley del Cuidado” (número 11.147/2020 vinculada a la Portaria 204), se intensificó la notificación de casos de violencia por los sectores de salud, educación y asistencia social, estimulando que el consejo tutelar sea una institución notificadora. La Secretaría de Salud de Porto Alegre-RS desarrolló una aplicación para celular que será utilizada por los profesionales de la educación con el fin de ampliar el alcance de las notificaciones que involucran a los estudiantes; los datos son procesados por la vigilancia epidemiológica que los inserta en el SINAN y la red de atención se moviliza para el seguimiento de los casos. En Mato Grosso-MT, a pesar de los avances en las notificaciones de violencia en el estado, aún existen muchos lugares con números bajos de registros, por lo que se realiza un monitoreo presencial en los municipios cada tres meses, con el objetivo de hacer el trabajo más efectivo.

La Tabla 5 indica la baja realización (entre 29,4% y 38,2% dependiendo del nivel de atención) de acciones de formación permanente para el monitoreo de los casos de violencia en los municipios. En las capitales, estos valores son mucho más altos, entre 58,8% y 83,3%. Las regiones brasileñas muestran tendencias distintas, con porcentajes un poco menores en algunas acciones en las regiones Norte y Centro-Oeste. La mayoría de los municipios y especialmente las capitales realizan acciones de formación para el monitoreo de los casos de accidentes y violencia en la atención hospitalaria y en la rehabilitación con frecuencia de al menos una vez al año (Tabla 5). En general, en todo el país, la formación profesional ha tenido como uno de los enfoques el monitoreo y la notificación de los casos de violencia, incluso en la red privada. Y se observa que una de las excusas para no hacer el desglose completo de los casos en las fichas de notificación es el tiempo que se dedica al llenado, que se suma al intenso ritmo de trabajo exigido de los profesionales.

Algunos gestores destacaron que es necesario desmitificar la idea de que la notificación es solo “un papel más” o una acción meramente burocrática. Por ello, el abordaje de temas más

sensibles como la homofobia, el racismo y la atención a los pueblos originarios ha demandado acciones de capacitación orientadas a las cuestiones socioculturales de la violencia que llega a los servicios:

Siempre llevamos la discusión a los municipios, de que es un indicador importante, de que el campo raza/color trae varios análisis de desigualdades sociales, para la construcción de políticas públicas para aquellas personas que están en mayor vulnerabilidad (Respondiente del Núcleo Estatal de Prevención de Accidentes y Violencias de Paraíba).

El recurso a los medios remotos se ha revelado como una estrategia potente para alcanzar la formación de los profesionales. Estas acciones se están llevando a cabo de manera sistemática y su necesidad está orientada por el monitoreo, que señala la baja notificación, las lagunas y los errores recurrentes en el llenado de las fichas. En los hospitales, estas actividades deben involucrar un tiempo más restringido debido al esquema de turnos de los profesionales, especialmente en urgencias y emergencias, y la dificultad de sacarlos del lugar de trabajo. También se menciona la necesidad de capacitación para diferentes cargos profesionales, como asistentes sociales, médicos, enfermeros y técnicos en enfermería. La alta rotación de profesionales y el cambio de gestión refuerzan la necesidad de constancia en la formación permanente en las cinco regiones y especialmente en los servicios de atención primaria y hospitalaria:

Un trabajo de actualización in loco – en urgencias y emergencias – es lo que mejor funciona. Hacer seminarios, capacitaciones, muchas veces no logramos sacar al profesional del servicio para que participe. Hablo con la coordinación antes para tratar de encontrar un horario que me permita contar con el mayor número de profesionales, generalmente con un solo turno no es suficiente, si es posible hasta por la noche. Siempre señalamos la importancia de no solo contar con asistentes sociales, sino también con enfermeros, técnicos en enfermería, porque una persona en situación de violencia puede llegar a cualquiera de estas categorías profesionales (Respondiente de la Atención prehospitalaria y hospitalaria de Aracaju-SE).

Recomendaciones a los gestores

Entre los puntos de deseo para la mejora del monitoreo/notificación señalados por los gestores entrevistados en el país están: (1) integración entre los sistemas de información con la

Tabla 5. Frecuencia de las acciones de educación continuada para el monitoreo y notificación de los casos de violencia en la atención primaria, hospitalaria y de rehabilitación en las ciudades y capitales participantes. Brasil, 2021.

Realización de acciones de educación continua/formación	Sí (%)	No (%)	N		
Conjunto de los municipios					
La gestión de la atención primaria implementó acciones	38,2	61,8	272		
La gestión de la atención hospitalaria implementó acciones	29,4	70,6	102		
La gestión de la atención en rehabilitación implementó acciones	33,3	66,7	96		
Capitales					
La gestión de la atención primaria implementó acciones	58,8	41,2	272		
La gestión de la atención hospitalaria implementó acciones	83,3	16,7	102		
La gestión de la atención en rehabilitación implementó acciones	83,3	16,7	96		
Frecuencia de las acciones de educación continua para el monitoreo de casos de violencia	Cada 5 años o más (%)	Cada 2 a 4 años (%)	Al menos una vez al año (%)	Nunca (%)	N
Municipios participantes					
Sensibilización de los profesionales sanitarios de la atención hospitalaria sobre la importancia del monitoreo - registro y sistematización	-	3,3	96,7	-	30
Sensibilización de los profesionales sanitarios de la rehabilitación sobre la importancia del monitoreo - registro y la sistematización	-	6,5	93,5	-	31
Formación de los profesionales sanitarios de la atención hospitalaria para el registro y sistematización	-	6,7	93,3	-	30
Formación de profesionales sanitarios de la atención en rehabilitación para el registro y sistematización	3,2	3,2	93,5	-	31
Mejora de la calidad de la información en la asistencia hospitalaria para la vigilancia epidemiológica	-	6,7	93,3	-	30
Mejora de la calidad de la información sobre los cuidados de rehabilitación para la vigilancia epidemiológica	-	6,5	93,5	-	31
Capitales					
Sensibilización de los profesionales sanitarios de la atención hospitalaria sobre la importancia del monitoreo - registro y sistematización.	-	-	100,0	-	5
Sensibilización de los profesionales sanitarios de la atención en rehabilitación sobre la importancia del monitoreo - registro y sistematización.	-	-	100,0	-	5
Formación de los profesionales sanitarios de la atención hospitalaria para el registro y sistematización	-	20,0	80,0	-	5
Formación de profesionales sanitarios de la atención en rehabilitación para el registro y sistematización	20,0	-	80,0	-	5
Mejora de la calidad de la información en la atención hospitalaria para la vigilancia epidemiológica	-	20,0	80,0	-	5
Mejora de la calidad de la información en la atención en rehabilitación para la vigilancia epidemiológica	-	20,0	80,0	-	5

Fuente: Autores.

implementación de la Red Nacional de Datos en Salud, cuyo objetivo es acceder e integrar la información a partir del usuario; (2) retroalimentación de la información en la atención y vigilancia, lo que produce una alerta frente a una situación de violencia; (3) perfeccionamiento de los campos de la violencia autoprovocada,

permitiendo el registro de la ideación suicida, para que el caso sea ingresado en la línea de cuidado local; y (4) contar con un expediente electrónico para la articulación en la red, con la comunicación entre los sistemas de morbilidad y mortalidad e integración entre los sistemas de información de salud y trabajo. El llenado

de diferentes formularios específicos genera repetición de información y aumenta la carga de trabajo para el profesional de la salud, lo que perpetúa la dificultad en el registro y la calidad de la información.

Vamos haciendo adecuaciones desde el punto de vista de la vigilancia, por ejemplo, “ideación suicida”, que no es un evento elegible para ingresar en la base de datos del SINAN, pero es una situación que demanda vigilancia y derivación, seguimiento de la red y monitoreo por parte de la atención primaria. No vamos a esperar que ocurra el evento para activar la acción de vigilancia y protección. Orientamos a los profesionales para que no pierdan la oportunidad, ya que están allí con el paciente que relató ideación suicida. Esta información sigue todo el trámite de la línea de cuidado, pero no ingresa al SINAN (Respondiente de Campo Grande-MS).

Además, se valoran mucho las acciones de monitoreo propuestas, acompañadas y evaluadas por la gestión federal, lo que parece dar más consistencia al proceso. Se destacó bastante durante la investigación la ausencia del Ministerio de Salud en el apoyo, la proposición, la coordinación y la conducción de las acciones previstas por la PNRMAV para 2019-2022. Muchos entrevistados mencionan el impacto de la falta de una actuación a nivel central más proactiva y enfocada en la continuidad de la implementación de la política.

Discusión

Los hallazgos muestran datos estratégicos sobre la vigilancia de las violencias en los distintos niveles de atención, que pueden subsidiar acciones de enfrentamiento de las expresiones de violencia, desde una perspectiva intersectorial y basada en el derecho a la salud y la vida. En general, el monitoreo de las violencias es diverso en el país y entre los principales resultados se encuentran: (1) la presencia destacada de la notificación de las violencias en el SINAN, sobre todo por las unidades hospitalarias, lo que puede explicarse por ser referencias en el tratamiento del trauma cuyas lesiones, con frecuencia, disfrazan expresiones de violencia; (2) la subnotificación, especialmente en la atención primaria, justificada por las circunstancias de las vivencias en territorios con dominio de facciones y alta rotación de los profesionales. La rotación perjudica la continuidad de la capacitación y la actualización de la formación para el entendimiento de la violencia; (3) hasta este momento,

la vigilancia sobre el impacto de la violencia en la salud no está consolidada; ocurre más por iniciativa de personas y menos por acciones planificadas colectivamente; (4) los servicios de atención primaria se destacan por la concertación de flujos y la divulgación de información; y (5) son pocas e insuficientes las acciones de formación continua para el monitoreo de los casos de violencia en los municipios, en todos los niveles de los servicios, en la red pública y privada. Sin embargo, se observa una mejora en la calidad de la información sobre daños y traumas violentos, lo que evidencia que la actuación en el perfeccionamiento de la vigilancia debe continuar y universalizarse más.

En comparación con el análisis diagnóstico de los primeros años de implementación de la PNRMAV realizado por Minayo y Deslandes en 2005²¹, muchos de los problemas sobre las acciones de monitoreo y notificación permanecen, aunque se han dado avances, con momentos de pausas y retrocesos. Desde entonces, ha habido un crecimiento significativo en la creación, el fortalecimiento y la calificación de los sistemas de información nacionales sobre violencias, impulsado en gran medida por actividades desarrolladas por las Vigilancia Epidemiológicas locales, por áreas técnicas de Enfermedades y Problemas de Salud No Transmisibles y por los Núcleos de Prevención de la Violencia creados por el Ministerio de Salud. En un largo período de 2006 a 2017, la sensibilización y capacitación de los equipos orientados a la prevención de la violencia impulsada por el gobierno federal en todo el territorio nacional promovió un movimiento de concientización no despreciable y convocó a los servicios para la relevancia de diagnosticar, monitorear y notificar los impactos de la violencia sobre la salud.

Sin embargo, la falta de normas claras sobre procedimientos técnicos, las debilidades en la estructura y organización de los servicios, la falta de credibilidad de la red de protección, el temor a los procedimientos legales que podrían redundar en la culpabilización de los profesionales de la salud, el miedo a represalias por parte de grupos delincuentes, la ausencia de mecanismos legales de protección para los profesionales encargados de notificar y el temor de ser llamados por la ruptura del secreto profesional fueron los puntos más citados como obstáculos para la notificación²⁴⁻³¹.

Los indicadores epidemiológicos proporcionados por las notificaciones no pueden ser percibidos solo como datos estadísticos y su destino debe ser visible. Cezar *et al.*²⁸ destacan la nece-

sidad de problematizar la información a través de discusiones fundamentadas sobre el contexto social y las demás relaciones que atraviesan las situaciones de violencia³². Las gestiones a nivel municipal, estatal y federal deberían recurrir a los datos para planificar políticas públicas e intervenciones de afrontamiento acordes con sus particularidades locales³³. La baja adherencia a la notificación o la desarticulación de los datos ocasiona déficits en la calidad de la información y contribuye a la invisibilidad del problema por parte de los gestores.

Es necesario resaltar que, durante más de dos décadas de la PNRMAV, la conducción de técnicos competentes y comprometidos del Ministerio de Salud ha demostrado ser un factor crucial para el desarrollo continuo de la implementación de la política a nivel nacional. Así, se reitera el persistente desafío de mantener a todo el cuerpo de trabajadores de la salud sensibilizado y capacitado para profundizar en el fenómeno de la violencia que hace daño a la salud, sobre todo, porque este es un tema que cruza cuestiones sociales, históricas, políticas, económicas y culturales y está en el camino que lleva

al país al respeto de los derechos de todos los brasileños. Es necesario: (1) invertir en la formación de los profesionales de vigilancia para que se adapten a las especificidades de cada nivel de atención y a la rutina de trabajo; (2) crear indicadores de seguimiento, adecuados a cada contexto; (3) prestar atención a los municipios de menor tamaño, considerando las singularidades locales y (4) integrar la información ya existente, con foco en los usuarios del SUS.

La mayor limitación de este estudio es que no responde a una realidad nacional. Alcanzar información de todos los municipios fue el objetivo inicial, pero fue afectado por la emergencia de la COVID-19. Los autores trabajaron con la información que pudieron obtener, dentro de un clima de miedo, tensión y sobrecarga de trabajo de profesionales y gestores durante la pandemia. Sin embargo, los resultados esencialmente descriptivos logran mostrar un perfil aún inédito de las notificaciones de 379 servicios del SUS con relación a la notificación del impacto de la violencia sobre la salud de los brasileños y todas las fallas y deficiencias que aún existen en esta construcción. ¡Hay que continuar!

Colaboradores

JQ Avanci participó en la concepción del estudio, planificación, diseño, interpretación de análisis y resultados estadísticos, redacción de la primera versión del artículo, revisión crítica del artículo. QBM Oliveira participó del análisis cualitativo y redacción de los resultados. SG Assis participó en el diseño del estudio, análisis e interpretación de los resultados, revisión crítica del artículo.

Referencias

- World Health Organization (WHO). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO; 2002.
- World Health Organization (WHO). *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO; 2004.
- World Health Organization (WHO). *Violence Prevention Alliance. Global Campaign for Violence Prevention: Plan of Action for 2012-2020*. Geneva: WHO; 2012.
- World Health Organization (WHO). *Draft global plan of action on violence. Report by the Director-General* (Internet). Sixty-Ninth World Health Assembly; 2016 [cited 2023 jun 10]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10249%3Apolicias-plans-violence-prevention-response&catid=7476%3Apillars&Itemid=41343&lang=fr.
- Brasil. Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. *Diário Oficial da União* 2001; 26 out.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais para cidadania em saúde*. Brasília: MS; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2ª ed. Brasília: MS; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV)*. *Diário Oficial da União*; 2001.
- Pan American Health Organization (PAHO). 48th Directing Council. 60th Session of the Regional Committee. *Preventing violence and injuries and promoting safety: a call for action in the region* [Internet]. Washington D.C.; 29 set-3 out 2008 [cited 2023 jun 10]. Available from: <http://www1.paho.org/english/gov/cd/cd48-20-e.pdf?ua=1>.
- Pan American Health Organization (PAHO). WHO Regional Office for the Americas. *Addressing violence and injuries in the Americas. Taking stocking and moving forward*. Geneva: PAHO; 2017.
- United Nations Office on Drugs and Crime. *Global study on homicide 2021: trends, context, data*. Vienna: United Nations; 2021.
- UNICEF. *The State of the World's Children 2020: Children, COVID-19 and Remote Learning*. New York: UNICEF; 2020.
- World Health Organization (WHO). *Violence against women* [Internet]. [cited 2024 set 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- Minayo MCDS, Souza ERD, Silva MMAD, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2016; 23(6):2007-2016.
- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e das outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990.
- Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* 2003; 25 nov.
- Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2006.
- Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
- Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2016. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União* 2016; 7 jul.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp; Released 2016.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2007.
- Silva MMA, Mascarenhas MDM, Lima CM, Malta DC, Monteiro RA, Freitas MG, Melo ACM, Bahia CA, Bernal RTI. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. *Epidemiol Serv Saude* 2016; 26(1):183-194.
- Egry EY, Apostólico MR, Moraes TCP, Lisboa CCR. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? *Rev Bras Enferm* 2017; 70:119-125.
- Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP1. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saude Publica* 2007; 41:472-477.
- Lobato G, Moraes C, Nascimento M. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1749-1758.
- Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicol Cien Prof* 2017; 37:432-445.

29. Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ. *Impactos da Violência na Saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ; 2020.
30. Garbin CAS, Dias IDA, Rovida TAS, Garbin AJÍ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1879-1890.
31. Kind L, Orsini MDLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GAD, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na Atenção Primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29:1805-1815.
32. Galvão VABM, Dimenstein M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. *Mental* 2009; 7(13):1-12.
33. Deslandes S, Mendes CHF, Lima JDS, Campos DDS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad Saude Publica* 2011; 27:1633-1645.

Artículo presentado en 10/09/2024

Aprobado en 01/10/2024

Versión final presentada en 02/10/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva