

Ações de vigilância das violências em serviços da atenção primária, hospitalar e de reabilitação no Brasil

Surveillance actions of violence in primary care, hospital and rehabilitation services in Brazil

Escenario de monitoreo y notificación de las violencias en Brasil

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

Resumo Este artigo analisa como as ações de monitoramento e notificação das violências estão incorporadas nos diferentes níveis da atenção no Brasil, segundo porte populacional e pertencimento regional. Caracteriza-se por um estudo transversal, com caráter descritivo, combinando técnicas quantitativas e qualitativas, com a aplicação de questionários em 290 serviços da atenção básica, 128 hospitalares e 113 de reabilitação em 379 municípios brasileiros. Na abordagem qualitativa foram entrevistados 63 profissionais de saúde ou gestores dos serviços. Os dados são analisados segundo frequências por nível da atenção, região e porte populacional. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática. Os resultados mostram que as unidades hospitalares se destacam na notificação, que os serviços de atenção primária ressaltam na pactuação de fluxos e divulgação de informações e as ações de formação permanente precisam ser ampliadas. Recomendam-se: integração entre os sistemas de informação; retroalimentação das informações na atenção e vigilância; melhoria dos registros sobre violência autoprovocada e a criação de prontuários eletrônicos para a articulação na rede.

Palavras-chave Violência, Notificação, Vigilância em saúde pública

Abstract This article analyzes how violence monitoring and notification actions are incorporated into different levels of care in Brazil, according to population size and regional belonging. It is characterized by a cross-sectional, descriptive study, combining quantitative and qualitative techniques, with the application of questionnaires in 290 primary care, 128 hospital and 113 rehabilitation services in 379 Brazilian cities. In the qualitative approach, 63 health professionals/service managers were interviewed. The data is analyzed through frequencies by level of care, region and population size. The interviews were analyzed by thematic content. The results show that hospital units stand out in reporting, that primary care services stand out in agreeing flows and disseminating information and that ongoing training actions need to be expanded. The recommendations are integration between information systems, feedback of information in care and surveillance, improvement in the recording of self-inflicted violence and the existence of electronic medical records for integration into the network.

Keywords Violence, Notification, Public health surveillance

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

Introdução

Desde o histórico relatório sobre violência e saúde, no início do século XXI, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta a importância em investir esforços na vigilância das violências em todo mundo¹. Nos anos seguintes, o destaque se voltou não apenas para a notificação dos casos, mas para a qualificação da informação sobre morbidade, mortalidade e custos econômicos resultantes de violências, essencial para a tomada de decisões baseada em evidências²⁻⁴. No Brasil, desde os anos 2000, políticas públicas e uma série de estratégias têm sido implementadas, dentre as quais destacam-se a estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências e a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)⁵⁻⁸.

A magnitude da expressão das violências no Brasil e a forma desigual com que afeta grupos específicos convocam o setor saúde para atuar na prevenção, no monitoramento epidemiológico, na orientação por meio de políticas públicas e na intervenção^{9,10}. O Relatório “*Global Study on Homicide 2021*” mostra que a taxa global de homicídios é de aproximadamente 6,1 por 100.000 habitantes, com destaque para regiões da América Latina e Caribe. No Brasil, a taxa de homicídios é cerca de cinco vezes maior que a média global e, na América do Sul, é o país com a segunda maior taxa¹¹. Entre crianças, dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância¹² indicam que uma em cada 4 crianças no mundo vive em territórios de elevadas taxas de violência física ou psicológica. E, aproximadamente uma em cada três mulheres em todo o mundo (30%) já foi vítima de violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo ou não-parceiros em algum momento da vida¹³. Conflitos armados e violências em áreas de guerra continuam a ser causas de grandes deslocamentos forçados de pessoas.

Os dados colocam a violência no centro da agenda de saúde pública e alerta a necessidade de gerar evidências sobre a magnitude do problema e de criar e aprimorar sistemas de vigilância e informação de saúde; de oferecer serviços qualificados; de sensibilizar e capacitar profissionais e gestores para responder às necessidades dos sobreviventes de forma integral e empática; de prevenir a recorrência da violência pela busca de identificação precoce; de informar sobre o funcionamento dos serviços; de promover encaminhamento e suporte apropriados¹³.

A vigilância se situa como importante diretriz da Política Nacional de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)⁸, orientando ações de notificação e acompanhamento dos eventos, de diagnóstico de mortes e agravos envolvendo crianças e adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, com transtornos mentais, e, mais recentemente, foram incluídos na pauta da saúde a atenção à violência étnico-racial e contra a população LGBTQIA+^{7,14}. A notificação das violências é obrigatória por atos normativos e legais¹⁵⁻¹⁹.

O registro e a sistematização dos dados sobre esse fenômeno permitem caracterizar o tipo de violência cometida e o perfil dos envolvidos, o que subsidia as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção e de promoção da vida⁷.

A Política considera prioritária a melhoria das informações e, entre os anos de 2009 e 2014, o número de municípios notificantes no VIVA-Contínuo cresceu 370% e o percentual de notificações de violência doméstica, sexual ou outras violências aumentou 343%, dando visibilidade a esses agravos¹⁴. Minayo *et al.*¹⁴ explicam que do ponto de vista das internações hospitalares buscou-se qualificar o diagnóstico primário e secundário, o que ajudou a identificar não apenas o procedimento empregado, mas também a causa primária que provocou a lesão. Acrescentam que, em relação à mortalidade, o investimento ocorreu junto aos Institutos Médico Legais, visando a esclarecer a forma de violência que provocou o óbito e, assim, diminuir a participação das mortes classificadas como eventos com intenção indeterminada.

Apesar de avanços, ainda há muitas fragilidades no conhecimento de como de fato as ações de vigilâncias ocorrem nos serviços de saúde do país, mais ainda nos serviços de atenção primária, hospitalar e reabilitação. Este estudo oferece elementos-chave para o planejamento e alocação de recursos visando a melhoria do atendimento aos casos de violências e da avaliação de práticas e das políticas. Ressalta ainda a necessidade de apoio a pesquisas estratégicas, fomento a ações de educação permanente, criação e fortalecimento de redes intra e intersetoriais, e particularmente, sensibilização dos profissionais e gestores para melhoria da resposta institucional à violência e à proteção e cuidado das vítimas. O artigo analisa como as ações de monitoramento e notificação das violências estão incorporadas nos diferentes níveis da atenção no Brasil, segundo porte populacional e pertencimento regional.

Método

O estudo é parte de uma pesquisa nacional realizada entre os anos de 2020-2023, “Pesquisa Avaliativa da Implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMMAV)”. Caracteriza-se por seu caráter transversal e descritivo, combinando técnicas quantitativas e qualitativas desde sua concepção, da coleta e análise de dados²⁰.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, com o CAAE 27932820.7.0000.5240. Todos os participantes assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Abordagem quantitativa

Foram elaborados questionários com questões fechadas e abertas sobre vigilância de acidentes e violências baseados em pesquisa avaliativa anterior²¹ e nas diretrizes preconizadas pela PNRMMAV⁸. Foram enviados 5.570 questionários on-line para secretários de saúde e gestores dos três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) de todos os municípios brasileiros, com questões sobre estrutura dos serviços de atendimento às violências, o processo de formação de equipes, capacitação, ações prioritárias e resultados alcançados. Os contatos de endereços eletrônicos foram organizados a partir de listagens fornecidas pelo Ministério da Saúde. A plataforma RedCap foi utilizada entre julho e novembro de 2021, com respostas de 290 serviços da atenção básica, 128 serviços hospitalares e 113 de Recuperação/Reabilitação, distribuídos em 379 municípios brasileiros. A pesquisa, apoiada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), enfrentou dificuldades de adesão das pessoas e dos gestores dos municípios, em decorrência de ter sido realizada em plena pandemia de COVID-19.

As questões analisadas neste artigo referem-se à notificação, às ações de monitoramento e uso das informações das violências notificadas, discriminadas por nível da atenção, por região e porte populacional do município (grande - 100.000 habitantes ou mais, médio e pequeno até 99.999 habitantes). A análise estatística foi feita em SPSS versão 24.0²².

Abordagem qualitativa

Nesta etapa foram entrevistados gestores e profissionais de saúde, em especial os que atuavam em Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violência e em serviços de vigilância. Na ausência desses, profissionais inseridos na urgência e emergência, e na atenção primária foram ouvidos. Gestores da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS também participaram. Foram realizadas 63 entrevistas com gestores e profissionais de saúde, distribuídos em 26 capitais, Distrito Federal e dez municípios do interior do país, selecionados segundo o porte, região e grau de implementação da PNRMAV.

As entrevistas foram conduzidas a partir de roteiros semiestruturados, com a abordagem dos temas aqui apresentados e que dialogam com os dados quantitativos: serviços notificantes dos casos de violências, barreiras para a notificação, fluxos estabelecidos, e uso das informações. As entrevistas foram realizadas de forma remota no *Google Meet*, com duração média de uma hora; foram gravadas e transcritas. O procedimento de análise das entrevistas foi a modalidade temática²³ e consideraram-se as categorias que tratavam do monitoramento e da notificação dos casos assim como foram levadas em conta as categorias de relevância apontadas pelos diferentes atores em seus respectivos papéis na implementação do SUS.

Resultados

Notificação na atenção primária, hospitalar e reabilitação

Os serviços hospitalares são os que mais notificam os casos de violência nos municípios (87,4%) e os de reabilitação nas capitais (100,0%) (Tabela 1). Nos hospitais, os profissionais de saúde são os protagonistas na notificação, seguidos pelos núcleos hospitalares e os de assistência social, com mais destaque nas capitais. A evidência dos hospitais é muito explicada por serem locais de referência para trauma, o que impacta no registro dos agravos:

O maior número de registro das violências vem dos hospitais e UPA e depois do SAMU. A atenção primária é em torno de dois por cento apenas de notificação (Respondente da Vigilância de Salvador-BA).

Apesar de notificarem menos, os serviços da atenção primária são fundamentais no re-

gistro dos agravos por violência: 82,9% nos municípios e 77,8% nas capitais pesquisadas. Programa Equipe de Populações Ribeirinhas, Unidade/Centro de Saúde da Família/Clínica, Centro/Posto de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) e Programa Melhor em Casa (90,7%) são os que mais notificam; já o Programa de Saúde Bucal (77,3%) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (79,9%) são os serviços menos citados, além dos Serviços Residenciais Terapêuticos (88,6%) e o Programa Saúde na Escola (PSE) (85,7%) nas capitais, embora todos com frequência elevada. O perfil de serviços notificantes é semelhante nas diferentes regiões brasileiras. Porém, independentemente do nível de atenção, observou-se dificuldades para a notificar se determinados casos eram suspeitos ou poderiam se confirmados.

A região Centro-Oeste se destacou nas notificações nos serviços de atenção primária e hospitalar. As regiões Sudeste e Sul, nos registros dos serviços de reabilitação. Os municípios de maior porte (90,0%-100,0%) se ressaltam nas notificações da atenção hospitalar às vítimas de violência; ao passo que os de menor porte são menos expressivos, embora com percentuais elevados. Apenas 2,5% dos serviços da atenção primária pesquisados nunca notificam eventos violentos, em especial, os das cidades de menor porte (Tabela 1).

Na maioria das vezes, o monitoramento dos casos de violência vem ocorrendo no país, mais por iniciativa individual de um profissional mais sensibilizado para a temática, não constituindo uma ação planejada e com recursos financeiros e humanos adscritos. Essa situação que geralmente sobrecarrega poucas pessoas, provoca adoecimento e saída dos profissionais do cargo:

Durante um bom tempo [essa profissional] tinha a função de ler as fichas de notificações. A gente não tem perna para fazer tudo, mas aqueles casos mais graves ou que saltavam aos olhos ela retornava ao município e daqui ela orientava. O que não temos feito mais. [A pessoa] acabou adoecendo [...] O que eu tenho feito para não dizer que a gente não faz nada, os casos que saem na imprensa ou que estão no jornal de manhã, eu localizo na ficha, se não está na ficha eu ligo para o município, mando buscar, e fico vigiando. (Respondente do Núcleo Estadual de Prevenção à Violência do Espírito Santo).

A rotatividade de profissionais e o medo de retaliações são entraves para notificação de violências, em especial, na atenção primária, por causa da atuação do setor saúde nos territórios. Neste nível de atenção, em cidades pequenas e em locais muito conflagrados pela violência urbana e criminal, as fronteiras entre notificação e denúncia ficam borradas, pois a identificação de supostas situações de violência, geralmente, dispensa ações de cuidado das vítimas e responsabi-

Tabela 1. Distribuição percentual da notificação das violências para o SINAN-Net pela Atenção Primária, Hospitalar e Recuperação/Reabilitação segundo municípios, capitais e regiões participantes e por porte populacional. Brasil, 2021.

Local	Porte populacional	Atenção Primária				Atenção Hospitalar			Atenção de Recuperação/Reabilitação		
		Sim, a maioria dos serviços (%)	Sim, poucos serviços (%)	Não notificam (%)	N	Sim (%)	Não (%)	N	Sim (%)	Não (%)	N
Municípios	-	82,9	14,6	2,5	281	87,4	12,6	111	71,4	28,6	105
Capitais	-	77,8	22,2	0,0	18	85,7	14,3	7	100,0	0,0	7
Região Norte	Até 99.999	85,7	14,3	0,0	14	87,5	12,5	8	57,1	42,9	7
	Acima de 100.000	77,8	22,2	0,0	9	100,0	0,0	3	100,0	0,0	7
Região Nordeste	Até 99.999	82,2	16,4	1,4	73	82,1	17,9	39	72,0	28,0	25
	Acima de 100.000	85,7	14,3	0,0	7	100,0	0,0	3	66,7	33,3	3
Região Sudeste	Até 99.999	80,8	12,3	6,8	73	83,3	16,7	24	61,9	38,1	21
	Acima de 100.000	85,7	14,3	0,0	21	90,0	10,0	10	75,0	25,0	12
Região Sul	Até 99.999	84,6	13,5	1,9	52	87,5	12,5	8	88,2	11,8	17
	Acima de 100.000	50,0	50,0	0,0	6	100,0	0,0	3	75,0	25,0	4
Região Centro-Oeste	Até 99.999	94,7	5,3	0,0	19	100,0	0,0	11	33,3	66,7	6
	Acima de 100.000	85,7	14,3	0,0	7	100,0	0,0	2	66,7	33,3	3

Fonte: Autores.

lização dos agressores. Frente a isso, diferentes estratégias vêm sendo criadas para oferecer suporte aos profissionais, a exemplo da responsabilização da unidade pela notificação.

É complicado quando o profissional não entende que é uma notificação e que não vai ser colocado o nome dele para a comunidade ou para a facção. A gente entende que eles são ameaçados mesmo, a gente tem locais aqui que as pessoas só podem ir ao serviço se a facção permitir (Respondente da Atenção Primária de Manaus-AM).

Ações de monitoramento

Ações padronizadas de vigilância, pactuação e avaliação de indicadores sobre violências como parte do monitoramento são destacadas em todos os níveis de gestão e porte populacional do município. O uso de novas tecnologias para qualificação das informações oriundas da ficha com a detecção automática de erros e inconsistências de preenchimento de informações tem sido recorrente. Um exemplo é o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), que estimula o aumento das notificações e o correto preenchimento de campos como raça/cor:

Nós temos conseguido atingir os 95% de notificação com dados válidos no campo de raça/cor, mas ainda assim tem que estar insistindo muito para que não venha o dado inválido como ignorado ou em branco. Obrigatoriamente é feito mensalmente esse levantamento inclusive de duplicidade. A gente faz essa checagem para ver se é uma recidiva ou se realmente era uma duplicidade, então a gente está sempre monitorando e faz essa busca em todos os agravos. Quando, às vezes, passa algo batido por nós, o estado sempre também sinaliza (Respondente de Macapá-AP).

O apoio à melhoria da qualidade da informação no SUS é evidenciado nos serviços da atenção primária, hospitalar e reabilitação, com boa frequência de sua execução (uma ou mais vezes ao ano) por boa parte dos serviços, em especial, nas capitais e em municípios de maior porte populacional. Chama atenção o expressivo apoio à melhoria da qualidade da informação na rede privada de saúde que oferece atenção hospitalar. No entanto, os registros de agravos toxicológicos e a elaboração de fichas para obtenção de informações sobre violências, que não a do SINAN, são pouco citados pelos serviços de atenção hospitalar. Igualmente, o apoio à melhoria da qualidade da informação dos serviços de reabilitação na rede privada é pouco citado (Tabela 2).

Em geral, serviços de atenção primária são os que mais implementam ações relacionadas à pactuação de fluxos e divulgação de informações nos municípios e capitais (Tabela 3). As ações têm frequência elevada e a pactuação de fluxo intrasetorial se evidencia em todos os níveis de atenção nas regiões (acima de 73,7%), com exceção dos municípios de grande porte na região Sul (50,0%). Nas regiões Norte e Nordeste, a análise e divulgação dos dados do SINAN são as ações mais citadas; já na região Sudeste é a pactuação de um fluxo inter e intrasetorial o mais relevante; no Sul e Centro-Oeste se destacam a pactuação de fluxo intrasetorial (dados não apresentados).

Os fluxos intersetoriais e intrasetoriais pactuados com a rede de proteção agregam informações sobre as violências a partir de diferentes serviços – rede de atenção à saúde, de proteção, de segurança pública, da justiça, dentre outros. Estratégias on-line são utilizadas para a aplicação dos fluxos, além de reuniões, fóruns intra e intersetoriais e demais dispositivos de comunicação nos quais ocorrem discussões, capacitações e pactuação dos encaminhamentos, protocolos e notas técnicas que orientam o atendimento e a produção de informação na realidade dos serviços.

O fluxo está estabelecido no município. A unidade notifica, traz para a Secretaria Municipal de Saúde. Com a pandemia eu abri um e-mail para que pudessem mandar escaneado. E ainda continuamos com algumas unidades mandando desse modo (Respondente da Atenção Primária de Porto Velho-RO).

Temos o nosso guia de prática clínica (PAC) e os protocolos de enfermagem como ferramentas, que foram fundamentais na virada da chave no sentido de melhorar a notificação. O primeiro quadro do PAC é identificar situações de urgência, e dali vai direcionando o algoritmo que vai levando para a condução e para os fluxos que a gente tem na rede. E ao final sempre ele vai ter ali: “notifique o caso e encaminhe para o fluxo tal”. Cada profissional, médico e enfermeiro tem um PAC. E ele é treinado (Respondente da Atenção Primária de Florianópolis-SC).

SAMU chega até o local, sempre é colocado como “acidente” [...] Na maioria das vezes, já é o hospital que identifica que foi uma violência, que foi uma agressão e não um acidente qualquer. Quando é identificado por parte do SAMU, essa notificação é feita também na entrada do hospital. A gente já leva para um profissional, aciona o pessoal do serviço social na chegada do hospital (Respondente da Atenção Pré-Hospitalar de São Luís-MA).

Tabela 2. Frequência da implementação de ações de vigilância de violências pela Atenção Primária, Hospitalar e Reabilitação em municípios e capitais. Brasil, 2021.

Ações de monitoramento	Atenção Primária							
	Municípios				Capitais			
	1 ou + vezes ao ano (%)	A cada 2 anos ou mais (%)	Nunca (%)	N Total	1 ou + vezes ao ano (%)	A cada 2 anos ou mais (%)	Nunca (%)	N Total
Apoio à melhoria da qualidade da informação na Rede Pública	76,2	11,5	12,2	286	88,9	5,6	5,6	18
Apoio à melhoria da qualidade da informação na Rede Privada	50,2	10,8	39,0	287	55,6	11,1	33,3	18
Criação de registros/fichas (diferentes do SINAN) pelo município para obtenção de informação sobre violências	33,3	7,4	59,3	285	16,7	11,1	72,2	18
Estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por violências, determinando inclusive os fatores de risco	58,8	9,2	32,0	284	76,5	11,8	11,8	17
Utilização dos registros do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Siate), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), corpo de bombeiros e polícias	41,8	5,3	53,0	285	72,2	0,0	27,8	18
Utilização dos registros dos Serviços/Centros Toxicológicos	28,5	4,6	66,9	281	27,8	0,0	72,2	18
Ações de monitoramento	Atenção Hospitalar							
	Municípios				Capitais			
	1 ou + vezes ao ano (%)	A cada 2 anos ou mais (%)	Nunca (%)	N Total	1 ou + vezes ao ano (%)	A cada 2 anos ou mais (%)	Nunca (%)	N Total
Apoio à melhoria da qualidade da informação na rede pública	59,1	10,9	30,0	110	75,0	12,5	12,5	8
Apoio à melhoria da qualidade da informação na rede privada	45,9	8,1	45,9	111	62,5	12,5	25,0	8
Efativação da Portaria GM/MS nº142/1997, que determina a especificação do tipo de causa externa na AIH	52,7	8,2	39,1	110	57,1	14,3	28,6	7
Criação de registros/fichas (diferentes do SINAN) pelo município para obtenção de informação sobre violências	41,3	5,5	53,2	109	37,5	12,5	50,0	8
Estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por violências, determinando inclusive os fatores de risco	52,8	12,0	35,2	108	62,5	25,0	12,5	8
Utilização dos registros do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Siate), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), corpo de bombeiros e polícias para monitoramento de violências	46,4	8,2	45,5	110	62,5	12,5	25,0	8
Utilização dos registros dos Serviços/Centros Toxicológicos para monitoramento de violências pela atenção hospitalar	30,0	5,5	64,5	110	62,5	0,0	37,5	8

continua

Tabela 2. Frequência da implementação de ações de vigilância de violências pela Atenção Primária, Hospitalar e Reabilitação em municípios e capitais. Brasil, 2021.

Ações de monitoramento	Atenção em Reabilitação							
	Municípios				Capitais			
	1 ou + vezes ao ano (%)	A cada 2 anos ou mais (%)	Nunca (%)	N Total	1 ou + vezes ao ano (%)	A cada 2 anos ou mais (%)	Nunca (%)	N Total
Apoio à melhoria da qualidade da informação na Rede Pública de atenção à saúde	55,7	8,5	35,8	106	57,1	14,3	28,6	7
Apoio à melhoria da qualidade da informação na Rede Privada de atenção à saúde	39,6	8,5	51,9	106	42,9	14,3	42,9	7
Efetivação da Portaria GM/MS nº142/1997, que determina a especificação do tipo de causa externa na AIH,	46,5	6,9	46,5	101	57,1	14,3	28,6	7
Criação de registros/fichas (diferentes do SINAN) pelo município para a obtenção de informação sobre acidentes e violências,	42,9	9,5	47,6	105	57,1	0,0	42,9	7
Estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, determinando inclusive os fatores de risco	48,5	9,7	41,7	103	57,1	28,6	14,3	7
Realização de análises de dados sobre acidentes e violências nas unidades de Recuperação/Reabilitação	45,2	12,5	42,3	104	57,1	14,3	28,6	7

Fonte: Autores.

Tabela 3. Distribuição percentual da implementação de ações relacionadas à notificação das violências ao SINAN-Net pela Atenção Primária, nos municípios e capitais participantes. Brasil, 2021.

Ações	Atenção primária			Atenção hospitalar			Atenção em reabilitação		
	Sim (%)	Não (%)	N	Sim (%)	Não (%)	N	Sim (%)	Não (%)	N
Municípios									
Pactuou um fluxo intrasetorial para a notificação	78,8	21,2	288	55,6	44,4	108	68,5	31,5	73
Pactuou um fluxo intersetorial com a rede de proteção	73,2	26,8	287	55,0	45,0	109	65,8	34,2	73
Realizou análises e divulgação dos dados	60,3	39,7	287	50,9	49,1	108	67,1	32,9	73
Capitais									
Pactuou um fluxo intrasetorial para a notificação	94,4	5,6	18	85,7	14,3	7	83,3	16,7	6
Pactuou um fluxo intersetorial com a rede de proteção	83,3	16,7	18	85,7	14,3	7	66,7	33,3	6
Realizou análises e divulgação dos dados	100,0	0,0	17	85,7	14,3	7	83,3	16,7	6

Fonte: Autores.

Uso das informações

A utilização de informações sobre violência geradas no monitoramento é mais expressiva nas capitais. Em geral, serviços de atenção primária se destacam nesse sentido, vindo a seguir os de reabilitação e o hospitalar. A utilidade dos dados para os momentos de formação e para a adequação das equipes de profissionais são os fins mais citados pelos entrevistados (Tabela 4). A publicização das informações através de boletins, portais e plataformas de domínio público torna-se dispositivo importante na construção da visibilidade do tema da violência, ao mostrar sua magnitude e diferentes formas de expressão. No entanto, há inúmeros relatos afirmando o não uso dos dados para a produção de boletins, indicando a subutilização das informações para a melhoria de práticas e de divulgação científica:

Eu não consigo implementar ou cobrar do meu gestor qualquer recurso ou assistência para as minhas ações se eu não expuser esses dados. Eu falo para as equipes: “como é que eu vou chegar para o meu Secretário e falar: a gente precisa de apoio, precisa de tais profissionais, precisa qualificar”. Quando vejo, está muito baixa a produção de dados sobre atendimentos. Eles não estão notificando. É um desafio! (Respondente da Atenção Primária de Carauari-AM).

Nos serviços de recuperação/reabilitação, o registro dos casos de acordo com a CID-10 são os mais citados (87,6% nos municípios e 83,3% nas capitais), vindo a seguir análises para o planejamento das ações (53,6% e 83,3%, respectivamente), análise sistemática de registro (44,8% e 50,0%) e formação de pessoal para registro e sistematização da informação (44,2% e 50,0%).

vamente), análise sistemática de registro (44,8% e 50,0%) e formação de pessoal para registro e sistematização da informação (44,2% e 50,0%).

Especificidades regionais mostram a diversidade de estratégias utilizadas pelos serviços de saúde para melhorar as notificações e o monitoramento. Por exemplo, Palmas-TO criou um sistema próprio – Notifica SUS –, destinado às notificações de acidentes e violências, que contou com a expansão para outras instituições. Recife-PE recebeu prêmio pelo investimento na notificação de tentativas de suicídios, com cruzamento de dados com intoxicações exógenas e incentivou o registro do quesito raça/cor. O estado do Espírito Santo melhorou a notificação e o monitoramento depois da implementação da linha de cuidado, com ações para aumentar a conscientização sobre a importância da notificação no estado, especialmente nas áreas de urgência/emergência, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), na Atenção Primária e outras. Com a elaboração e a implementação de lei estadual denominada “Lei do Cuidado” (nº 11.147/2020 atrelada a Portaria 204), intensificou-se a notificação dos casos de violências pelos setores da saúde, educação, assistência social, estimulando que o conselho tutelar seja instituição notificadora. A secretaria de saúde de Porto Alegre-RS desenvolveu aplicativo para celular a ser usado pelos profissionais da educação visando a ampliar o alcance das notificações envolvendo os estudantes; os dados são processados pela vigilância epidemiológica que os insere no SINAN e a rede de

Tabela 4. Distribuição percentual das finalidades para utilização dos dados gerados no monitoramento dos acidentes e violências pela Atenção Primária nos municípios e capitais participantes. Brasil, 2021.

Utilização de dados	Atenção primária			Atenção hospitalar			Atenção em reabilitação		
	Sim (%)	Não (%)	N	Sim (%)	Não (%)	N	Sim (%)	Não (%)	N
Municípios									
Para a produção de boletins	49,0	51,0	286	42,3	57,7	111	56,6	43,4	106
Em momentos de formação	63,6	36,4	286	40,4	59,6	109	54,3	45,7	105
Para adequação da infraestrutura de atendimento	60,2	39,8	284	49,5	50,5	109	59,8	40,2	107
Para adequação das equipes de profissionais	69,4	30,6	284	56,4	43,6	110	68,2	31,8	107
Capitais									
Para a produção de boletins	77,8	22,2	18	71,4	28,6	7	100,0	0,0	7
Em momentos de formação	94,4	5,6	18	83,3	16,7	6	85,7	14,3	7
Para adequação da infraestrutura de atendimento	61,1	38,9	18	57,1	42,9	7	57,1	42,9	7
Para adequação das equipes de profissionais	72,2	27,8	18	71,4	28,6	7	85,7	14,3	7

Fonte: Autores.

atendimento é mobilizada para o acompanhamento dos casos. Em Mato Grosso-MT, apesar dos avanços no que concerne às notificações de violência no estado, ainda existem muitos locais com números baixos de registro, sendo realizado monitoramento presencial nos municípios a cada três meses, visando tornar o trabalho mais efetivo.

A Tabela 5 indica a baixa realização (entre 29,4% e 38,2% dependendo do nível da atenção) de ações de formação permanente para o monitoramento dos casos de violência nos municípios. Nas capitais, estes valores são bem superiores, entre 58,8% e 83,3%. As regiões brasileiras mostram tendências distintas, com percentuais um pouco menores em algumas ações nas regiões Norte e Centro-Oeste. A maioria dos municípios e especialmente as capitais realizam ações de formação para o monitoramento dos casos de acidentes e violência na atenção hospitalar e na reabilitação com frequência de pelo menos uma vez no ano (Tabela 5). De forma geral, em todo o país a formação profissional tem tido como um dos focos o monitoramento e a notificação dos casos de violência, mesmo na rede privada. E observa-se que uma das escusas para não fazer o detalhamento completo dos casos nas fichas de notificação é o tempo gasto no preenchimento que se soma ao intenso ritmo de trabalho demandado dos profissionais.

Alguns gestores ressaltaram que é preciso desmistificar a ideia de que a notificação é apenas “mais um papel” ou uma ação meramente burocrática. Por isso, a abordagem de temas mais sensíveis como homofobia, racismo e atenção aos povos originários tem demandado ações de capacitação voltadas às questões socioculturais da violência que chega aos serviços:

A gente sempre leva a discussão para os municípios, de que é um indicador importante, de que o campo raça/cor traz aí várias análises de desigualdades sociais, para a construção de políticas públicas para aquelas pessoas que estão em maior vulnerabilidade (Respondente do Núcleo Estadual de Prevenção aos Acidentes e Violências da Paraíba).

O recurso aos meios remotos tem se revelado uma potente estratégia no alcance à formação dos profissionais. Essas ações vêm ocorrendo de forma sistemática e sua necessidade é orientada pelo monitoramento, que indica a baixa notificação, as lacunas e os erros recorrentes de preenchimento da ficha. Nos hospitais, essas atividades precisam envolver um tempo mais restrito em função do esquema de plantões dos profissionais, sobretudo, da urgência e emer-

gência e da dificuldade de retirá-los do local de trabalho. Também é relatada a necessidade de capacitação de diferentes cargos profissionais, como assistentes sociais, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A alta rotatividade de profissionais e a mudança de gestão reforçam a necessidade de constância da formação permanente nas cinco regiões e em especial nos serviços de atenção primária e hospitalar:

Um trabalho mesmo de atualização in loco – em urgência e emergência – é o que dá mais certo. Fazer seminário, capacitação, muitas vezes a gente não consegue tirar profissional do serviço para participar. Converso com a coordenação antes para tentar um horário que eu consiga um maior número de profissionais, geralmente um turno só não contempla, se possível até a noite. Sempre sinalizamos a importância de não só ter assistente social, mas ter enfermeiro, ter técnico de enfermagem, porque essa pessoa em situação de violência pode chegar para qualquer uma dessas categorias profissionais (Respondente da Atenção pré-hospitalar e hospitalar de Aracaju-SE).

Recomendações aos gestores

Dentre os pontos de anseio para a melhoria do monitoramento/notificação apontados por gestores entrevistados do país estão: (1) integração entre os sistemas de informações com a implementação da Rede Nacional de Dados em Saúde, cujo objetivo é acessar e integrar as informações a partir do usuário; (2) retroalimentação das informações na atenção e vigilância, o que produz um alerta diante de uma situação de violência; (3) aperfeiçoamento do campos da violência autoprovocada, possibilitando o registro da ideação suicida, para que o caso seja inserido na linha de cuidado local; e (4) ter prontuário eletrônico para a articulação na rede, com a comunicação entre os sistemas de morbidade e mortalidade e a integração entre os sistemas de informação da saúde e do trabalho. O preenchimento de diferentes fichas específicas gera repetição de informação e aumento de carga de trabalho para o profissional da saúde, o que perpetua a dificuldade de registro e qualidade da informação:

A gente vai fazendo adequações do ponto de vista da vigilância, por exemplo, “ideação suicida”, que não é evento elegível para entrar no banco do SINAN, mas é situação que demanda vigilância e encaminhamento, acompanhamento da rede e monitoramento pela atenção primária. A gente não vai esperar acontecer o evento para disparar a ação de vigilância e proteção. A gente orienta os

Tabela 5. Frequência das ações de educação permanente para o monitoramento e notificação dos casos de violências na atenção primária, hospitalar e de reabilitação nas cidades e capitais participantes. Brasil, 2021.

Realização de ações de educação permanente/formação para o monitoramento dos casos de violência	Sim (%)	Não (%)	N		
Conjunto dos municípios					
A gestão da atenção <i>primária</i> implementou ações	38,2	61,8	272		
A gestão da atenção <i>hospitalar</i> implementou ações	29,4	70,6	102		
A gestão da atenção em <i>reabilitação</i> implementou ações	33,3	66,7	96		
Capitais					
A gestão da atenção <i>primária</i> implementou ações	58,8	41,2	272		
A gestão da atenção <i>hospitalar</i> implementou ações	83,3	16,7	102		
A gestão da atenção em <i>reabilitação</i> implementou ações	83,3	16,7	96		
Frequência de ações de educação permanente para o monitoramento de casos de violência	A cada 5 anos ou mais (%)	A cada 2 a 4 anos (%)	Pelo menos uma vez ao ano (%)	Nunca (%)	N
Municípios participantes					
Sensibilização dos profissionais de saúde da atenção <i>hospitalar</i> para a importância do monitoramento - registro e sistematização	-	3,3	96,7	-	30
Sensibilização dos profissionais de saúde da atenção em <i>reabilitação</i> para a importância do monitoramento - registro e sistematização	-	6,5	93,5	-	31
Formação de profissionais de saúde da atenção <i>hospitalar</i> para o registro e sistematização	-	6,7	93,3	-	30
Formação de profissionais de saúde da atenção em <i>reabilitação</i> para o registro e sistematização	3,2	3,2	93,5	-	31
Melhoria da qualidade da informação na atenção <i>hospitalar</i> para a vigilância epidemiológica	-	6,7	93,3	-	30
Melhoria da qualidade da informação na atenção em <i>reabilitação</i> para a vigilância epidemiológica	-	6,5	93,5	-	31
Capitais					
Sensibilização dos profissionais de saúde da atenção <i>hospitalar</i> para a importância do monitoramento - registro e sistematização	-	-	100,0	-	5
Sensibilização dos profissionais de saúde da atenção em <i>reabilitação</i> para a importância do monitoramento - registro e sistematização	-	-	100,0	-	5
Formação de profissionais de saúde da atenção <i>hospitalar</i> para o registro e sistematização	-	20,0	80,0	-	5
Formação de profissionais de saúde da atenção em <i>reabilitação</i> para o registro e sistematização	20,0	-	80,0	-	5
Melhoria da qualidade da informação na atenção <i>hospitalar</i> para a vigilância epidemiológica	-	20,0	80,0	-	5
Melhoria da qualidade da informação na atenção em <i>reabilitação</i> para a vigilância epidemiológica	-	20,0	80,0	-	5

Fonte: Autores.

profissionais para que não percam a oportunidade, já que eles estão ali com o paciente que relatou ideia suicida. Essa informação segue todo o trâmite da linha de cuidado, mas ela não entra no SINAN (Respondente de Campo Grande-MS).

Ademais, são muito valorizadas ações de monitoramento propostas, acompanhadas e avaliadas pela gestão federal, o que parece dar mais consistência ao processo. Foi bastante destacada no decorrer da pesquisa, a ausência do

Ministério da Saúde no apoio, na proposição, na coordenação e na condução de ações previstas pela PNRMAV para 2019-2022. Muitos entrevistados mencionam o impacto da falta de uma atuação do nível central mais proativa e focada na continuidade da implementação da política.

Discussão

Os achados mostram dados estratégicos sobre a vigilância das violências nos distintos níveis de atenção, que podem subsidiar ações de enfrentamento das expressões de violência, numa perspectiva intersectorial e com base no direito à saúde e à vida. De forma geral, o monitoramento das violências é diverso no país e dentre os principais resultados estão: (1) a presença marcante da notificação das violências no SINAN, sobretudo pelas unidades hospitalares, o que pode ser explicado por serem referências no tratamento do trauma cujas lesões, frequentemente disfarçam expressões de violência; (2) a subnotificação, em especial, na atenção primária, justificada pelas circunstâncias das vivências em território em que há domínio de facções e alta rotatividade dos profissionais. A rotatividade prejudica a continuidade da capacitação e da atualização da formação para o entendimento da violência; (3) até este momento, a vigilância sobre o impacto da violência sobre a saúde não está consolidada; ela ocorre mais por iniciativa de pessoas e menos por ações planejadas coletivamente; (4) os serviços de atenção primária se destacam pela pactuação de fluxos e divulgação de informações; e (5) são poucas e insuficientes as ações de formação permanente para o monitoramento dos casos de violência nos municípios, em todos os níveis dos serviços, na rede pública e privada. No entanto, observa-se uma melhoria na qualidade da informação sobre agravos e traumas violentos, o que evidencia que a atuação no aprimoramento da vigilância precisa continuar e se universalizar mais.

Em comparação com a análise diagnóstica dos primeiros anos de implantação da PNRMAV realizada por Minayo e Deslandes em 2005²¹, muitos dos problemas sobre as ações de monitoramento e notificação permanecem, embora avanços tenham se dado, com momentos de pausas e retrocessos. De lá para cá houve um crescimento significativo na criação, no fortalecimento e na qualificação de sistemas de informação nacionais sobre violências, muito impulsionado por atividades desenvolvidas pelas Vigilâncias Epidemiológicas locais, por áreas

técnicas de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e pelos Núcleos de Prevenção da Violência criados pelo Ministério da Saúde. Num período bastante longo de 2006 a 2017, a sensibilização e a capacitação das equipes voltadas à prevenção da violência, impulsionadas pelo governo federal em todo o território nacional, promoveram um movimento de conscientização não desprezível e convocou os serviços para a relevância de diagnosticar, monitorar e notificar os impactos da violência sobre a saúde.

Contudo, a falta de normas claras sobre procedimentos técnicos, as fragilidades na estrutura e na organização dos serviços, a falta de credibilidade da rede de proteção, o receio quanto aos procedimentos legais que poderiam redundar em culpabilização dos profissionais de saúde, o medo de represália por parte de grupos delinquentes, a ausência de mecanismos legais de proteção para os profissionais encarregados de notificar e o temor de serem acionados por quebra de sigilo profissional foram os pontos mais citados como empecilhos à notificação²⁴⁻³¹.

Os indicadores epidemiológicos fornecidos pelas notificações não podem ser percebidos apenas como dados estatísticos e seu destino precisa estar visível. Cezar *et al.*²⁸ ressaltam a necessidade de problematização da informação por meio de discussões fundamentadas sobre o contexto social e as demais relações que permeiam as situações de violência³². As gestões em nível municipal, estadual e federal deveriam recorrer aos dados para planejar políticas públicas e intervenções de enfrentamento condizentes com as suas particularidades locais³³. A baixa adesão à notificação ou a desarticulação dos dados ocasiona déficits na qualidade da informação e concorre para a invisibilidade do problema pelos gestores.

É preciso ressaltar que, por mais de duas décadas da PNRMAV, a condução de técnicos competentes e comprometidos do Ministério da Saúde tem se mostrado um fator crucial para o desenvolvimento contínuo da implementação da política nacionalmente. Assim, reitera-se o insistente desafio de manter todo o corpo de trabalhadores da saúde sensibilizado e capacitado para aprofundar o fenômeno da violência que faz mal à saúde, sobretudo, porque este é um tema que cruza questões sociais, históricas, políticas, econômicas e culturais e está no caminho que leva o país ao respeito dos direitos de todos os brasileiros. É preciso: (1) investir na formação dos profissionais de vigilância para que se adequem às especificidades de cada nível de atenção e à rotina de trabalho; (2) criar

indicadores de acompanhamento, adequados a cada contexto; (3) dar atenção aos municípios de menor porte, considerando as singularidades locais e (4) integrar as informações já existentes, com foco nos usuários do SUS.

A maior limitação deste estudo é que ele não responde a uma realidade nacional. Atingir informações de todos os municípios foi o objetivo inicial, abatido pela emergência da COVID-19. Os autores trabalharam com as informações

que conseguiram obter, dentro de um clima de medo, de tensão, de sobrecarga de trabalho de profissionais e gestores na pandemia. No entanto, os resultados essencialmente descritivos, conseguem mostrar um perfil ainda inédito das notificações de 379 serviços do SUS em relação à notificação do impacto da violência sobre a saúde dos brasileiros e todas as falhas e deficiências que ainda existem nessa construção. Há que continuar!

Colaboradores

JQ Avanci participou da concepção do estudo, planejamento, delineamento, interpretação das análises estatísticas e dos resultados, redação da primeira versão do artigo, revisão crítica do artigo. QBM Oliveira participou da análise qualitativa e redação dos resultados. SG Assis participou da concepção do estudo, da análise e interpretação dos resultados, revisão crítica do artigo.

Referências

- 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.

Artigo apresentado em 10/09/2024

Aprovado em 01/10/2024

Versão final apresentada em 02/10/2024

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