

Análise da completitude e consistência dos registros de violência contra as mulheres indígenas na macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009-2020

Glênio Alves de Freitas¹, Gláucia Elisete Barbosa Marcon², James Robert Welch³,
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva³

¹Universidade Federal de Uberlândia, Departamento de Saúde Coletiva, Uberlândia, MG, Brasil

²Fundação Oswaldo Cruz, Escritório Regional, Campo Grande, MS, Brasil

³Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar a tendência temporal do grau de completitude e a consistência dos dados de notificação de violência contra as mulheres indígenas da macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, entre os anos de 2009 e 2020. **Métodos:** Estudo ecológico de série temporal, sobre dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação; utilizou-se a regressão de Prais-Winsten para analisar a tendência da completitude dos dados e sua consistência, a proporção de campos preenchidos e coerentes. **Resultados:** Foram notificados 2.630 casos; a completitude revelou-se muito ruim na variável “ocupação” (48,9%) e ruim nas variáveis “escolaridade” (68,3%) e “hora da ocorrência” (67,9%); na análise de tendência temporal, apenas a variável “ocupação” apresentou tendência de redução ($p = 0,045$). **Conclusão:** Os dados analisados demonstraram a necessidade de melhoria na completitude das variáveis “escolaridade”, “ocupação” e “hora da ocorrência” do ato violento.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher Indígena; Notificação; Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Séries Temporais.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno histórico e social presente na humanidade. Considerada um problema de saúde, ela exige políticas públicas específicas, organização de práticas e serviços, dado seu poder de afetar a saúde individual e coletiva.¹ De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ter seus impactos minimizados ou ser evitada mediante estratégias como a promoção da igualdade de gênero, a restrição à disponibilidade e redução do uso nocivo do álcool, como também do acesso a armas de fogo, além da modificação de normas culturais e sociais que os favorecem.² Para a redução e prevenção dos casos de violência, é necessária a implementação de uma rede de atendimento a vítimas de violência, com uma abordagem multidisciplinar que atue na intervenção dos casos e prevenção das reincidências.²

De acordo com a OMS, uma a cada três mulheres no mundo já sofreu algum tipo de violência física ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro.³ No Brasil, de acordo com os boletins de ocorrência e qualificação de feminicídio pelas delegacias de polícia civil, no primeiro semestre de 2022, quase 700 mulheres foram vítimas dessa forma fatal de violência, traduzida por quatro assassinatos a cada dia, em média. Comparando-se com dados do primeiro semestre de 2019, divulgados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o crescimento do feminicídio no país foi de 10,8% em 2022.⁴

No contexto da população indígena, suas mulheres estão vulneráveis a sofrer algum tipo de violência na medida do maior contato com o ambiente urbano, o que tem modificado sua estrutura social e econômica tradicional e contribuído para a inserção de novos hábitos e, como decorrência, relações de gênero conflituosas.⁵ Um relatório descritivo, baseado em dados do serviço de segurança pública do Canadá, ao avaliar 516 homicídios ocorridos em

Contribuições do estudo	
Principais resultados	Houve aumento progressivo das notificações ao longo dos anos. A maioria das variáveis apresentaram completude e consistência regulares ou excelentes. Na análise de tendência temporal, apenas a variável “ocupação” apresentou tendência de redução.
Implicações para os serviços	O atendimento às vítimas de violência está no cotidiano dos serviços de saúde, sendo indispensável aos profissionais de saúde a notificação compulsória adequada para que se conheça o perfil das vítimas, auxiliando na compreensão desse agravo.
Perspectivas	Estudos futuros fazem-se necessários para a compreensão dos fatores associados à violência praticada contra as mulheres indígenas, o que poderá subsidiar a formulação de ações de promoção da saúde e prevenção da violência contra essas mulheres.

2014, demonstrou que as mulheres indígenas daquele país apresentaram 6,5 vezes mais chances de serem mortas, frente a mulheres não indígenas.⁶

No estado de Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste do Brasil, a alta densidade demográfica em algumas terras indígenas, o conflito pela posse da terra, o contato com a população não indígena, a degradação da paisagem original, além da introdução de drogas ilícitas e álcool, têm contribuído para a ocorrência de violência contra a mulher Guarani e Kaiowá.⁵

No enfrentamento da violência contra as mulheres, é responsabilidade dos serviços de saúde realizar o atendimento e a notificação compulsória desses casos pelos profissionais de saúde, em ficha específica destinada ao registro dessa violência. Essa ficha, uma vez

preenchida e inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), gera dados para o planejamento de políticas públicas com vistas a prevenir e reduzir essas ocorrências. No entanto, a invisibilidade da violência contra as mulheres nos serviços de saúde faz com que muitos casos não sejam notificados, ou, quando o são, as notificações apresentam vários campos sem preenchimento.⁷

Há escassez de estudos epidemiológicos que avaliem o banco de dados do Sinan sobre a violência contra as mulheres indígenas. Dessa forma, a completitude de uma variável, caracterizada pelo grau de preenchimento da mesma variável com valor não nulo, e de sua consistência, esta definida por sua coerência com relação a outra variável, contribui para a melhor vigilância do agravo.^{8,9}

O estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal do grau de completitude e a consistência dos dados de notificação de violência contra as mulheres indígenas da macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, entre os anos de 2009 e 2020.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal que avaliou a tendência temporal do grau de completitude e a consistência de casos de violência contra mulheres indígenas com idade igual ou superior a 10 anos, residentes na macrorregião de Dourados, estado de Mato Grosso do Sul. Os dados avaliados foram notificados no Sinan no período de 2009 a 2020.

A macrorregião de saúde de Dourados localiza-se na região sul do estado de Mato Grosso do Sul e faz fronteira com o Paraguai. Em 2022, essa macrorregião era composta por uma população de quase 1 milhão de habitantes, distribuídos em 33 municípios,¹⁰ e somava aproximadamente 60 mil pessoas a viver em terras indígenas, majoritariamente das etnias Guarani e Kaiowá, segundo o relatório do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul

(DSEI/MS) do ano de 2023. A Atenção Primária à Saúde (APS) dessa população é realizada pelo DSEI/MS, a partir de unidades de saúde instaladas nos respectivos territórios.¹¹

Os registros não identificados do Sinan foram fornecidos pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) estadual, em setembro de 2022. O Sinan é um sistema nacional de informações em saúde, descentralizado para os municípios, onde são inseridos os dados dos agravos de notificação compulsória. A notificação de violência é realizada pelos profissionais de saúde e encaminhada às vigilâncias epidemiológicas municipais, responsáveis pela inserção dos dados no sistema.

A análise da base de dados do Sinan sobre a violência contra as mulheres indígenas foi avaliada quanto a sua completitude e consistência. A completitude é caracterizada pelo grau de preenchimento da variável a ser analisada, mensurada pela proporção de notificações com categoria distinta das categorias indicadoras da ausência de dados:⁸ foram considerados sem preenchimento os campos das variáveis classificados como "ignorado" ou em branco. A consistência, por sua vez, pode ser definida como a proporção em que a relação entre duas variáveis selecionadas apresenta valores coerentes. Um exemplo de dados inconsistentes é a notificação de violência praticada em uma criança de 8 anos com o ensino médio completo relatado na notificação.

A análise da completitude considerou 50 variáveis da ficha de notificação/investigação de violência, a saber:

- a) Dados da pessoa atendida
 1. Escolaridade
 2. Situação conjugal/estado civil
 3. Ocupação
 4. Ser gestante
 5. Deficiência
- b) Dados da ocorrência
 6. Local da ocorrência

7. Hora da ocorrência
8. Ocorreu outras vezes
9. Violência física
10. Violência sexual
11. Violência psicológica
12. Tortura
13. Negligência/abandono
14. Tráfico de seres humanos
15. Uso da força corporal/espancamento
16. Enforcamento
17. Uso de objeto contundente
18. Uso de objeto perfurocortante
19. Uso de substância/objeto quente
20. Envenenamento/intoxicação
21. Uso de arma de fogo
22. Ameaça
- c) Dados do agressor
 23. Número de envolvidos
 24. Pai
 25. Mãe
 26. Padrasto
 27. Cônjuge
 28. Ex-cônjuge
 29. Namorado
 30. Ex-namorado
 31. Conhecido
 32. Desconhecido
 33. Cuidador
 34. Patrão/chefe
 35. Pessoa de relação institucional
 36. Sexo do autor da agressão
 37. Suspeita de uso de álcool
- d) Em casos de violência sexual
 38. Profilaxia para doença sexualmente transmissível (DST)
 39. Profilaxia para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)
 40. Profilaxia para hepatite B
 41. Coleta de sangue

42. Coleta de sêmen
43. Coleta de secreção vaginal
44. Contracepção de emergência
45. Aborto previsto em lei
- e) Evolução e encaminhamento do caso
 46. Delegacia de Atendimento à Mulher
 47. Outras delegacias
 48. Ministério Público
 49. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
 50. Instituto Médico Legal (IML)

A escolha destas variáveis pautou-se nos seguintes fatores, conforme a ficha de notificação do Sinan: ser de digitação obrigatória; ser considerada essencial para a análise epidemiológica e operacional; ser considerada importante para o processo de vigilância dos casos; e contribuir para a construção de indicadores epidemiológicos.

Quanto à consistência, foram analisados os seguintes relacionamentos entre variáveis:

- a) idade fértil (10 a 49 anos) *versus* ser gestante (não se aplica);
- b) deficiência/transtorno (sim) *versus* tipo de deficiência/transtorno (não);
- c) violência psicológica (sim) *versus* meio utilizado na agressão (exceto ameaça);
- d) violência sexual (sim) *versus* tipo de violência sexual (ignorado); e
- e) sexo do autor da agressão (masculino) *versus* vínculo (mãe).

A consistência foi analisada tão somente para as variáveis preenchidas. O percentual foi obtido mediante o número de relações consistentes dividido pelo total de relações entre as variáveis consideradas.

Os anos de notificação foram agrupados em biênios: 2009-2010; 2011-2012; 2013-2014; 2015-2016; 2017-2018; 2019-2020. Na análise da completude e da consistência, calculou-se o percentual das variáveis preenchidas corretamente (para cada período) e o percentual total.

Para a completitude, foram consideradas as seguintes categorias: excelente, igual ou superior a 95,0%; boa, de 90,0% a 94,9%; regular, de 70,0% a 89,9%; ruim; de 50,0% a 69,9%; e muito ruim, menor ou igual a 49,9%.⁸ Para a consistência, as categorias consideradas foram: excelente, igual ou superior 90,0%; regular, de 70,0% a 89,9%; e baixa, inferior a 70,0%.¹²

A variação percentual anual (VPA) foi calculada utilizando-se a regressão linear de Prais-Winsten, sendo o biênio a variável independente (y) e os percentuais de completitude a variável dependente (x).¹³ Utilizou-se o nível de significância de 5% nos testes estatísticos e calculou-se o intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). Considerou-se tendência de redução quando o IC_{95%} apresentou valores negativos, tendência de aumento quando o IC_{95%} apresentou valores positivos, e de estabilidade quando o IC_{95%} apresentou valores positivos e negativos.¹⁴ As análises foram realizadas utilizando-se o *software* estatístico R versão 4.1.2.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (CEP/ENSP/Fiocruz), sob Parecer nº 5.274.177; e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde (Conep/CNS), sob Parecer nº 5.469.695. A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) assinou a carta de anuência para a realização desta pesquisa.

RESULTADOS

No período de 2009 a 2020, foram registradas 2.630 notificações de violência contra mulheres indígenas na macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, todas analisadas no presente estudo. Observou-se um aumento do número de notificações no período de 2009 a 2020, de 54 no primeiro biênio (2009-2010) para 833 no último biênio (2019-2020); e de instituições notificadoras, de 5 no primeiro biênio para 37 no último biênio (Figura 1). O registro de

mulheres na faixa etária dos 10 aos 19 anos foi predominante, para o período como um todo (33,0%), conforme apresenta a Tabela 1.

A menor completitude foi registrada na variável “ocupação” (48,9%), classificada como muito ruim. Apresentaram completitude ruim as variáveis “escolaridade” (68,3%) e “hora da ocorrência” (67,6%). Os maiores graus da completitude, considerada boa, foram observados nas variáveis “violência física” (93,5%), “número de envolvidos” (93,6%), “sexo do agressor” (90,5%), “profilaxia para DST” (90,0%) e “coleta de sangue” (90,0%). Para 42 variáveis, a completitude foi regular. Na análise de tendência temporal, apenas a variável “ocupação” apresentou tendência de redução no período 2009-2020 (p = 0,045); para 31 variáveis, a tendência temporal foi de aumento; e para 18 variáveis, a tendência foi de estabilidade (Tabela 2).

Em relação à consistência, as relações entre (i) a idade fértil (10 a 49 anos) e ser gestante (não se aplica), (ii) a violência psicológica (sim) e o meio utilizado na agressão (exceto ameaça) e (iii) o sexo do autor da agressão (masculino) e o vínculo (mãe) apresentaram consistência regular. Consistência excelente foi observada na relação entre (i) a deficiência/transtorno (não) e o tipo de deficiência/transtorno (sim), e entre (ii) a violência sexual (sim) e o tipo de violência sexual (ignorado) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram um aumento das notificações ao longo dos 12 anos selecionados, de 2009 a 2020. O percentual de completitude foi considerado regular na maioria das variáveis consideradas. Na análise de tendência temporal da completitude segundo biênios, apenas a variável “ocupação” apresentou tendência de redução. As consistências mantiveram-se com qualidade de regular a excelente. No período, verificou-se tendência temporal de aumento da completitude de 31 variáveis.

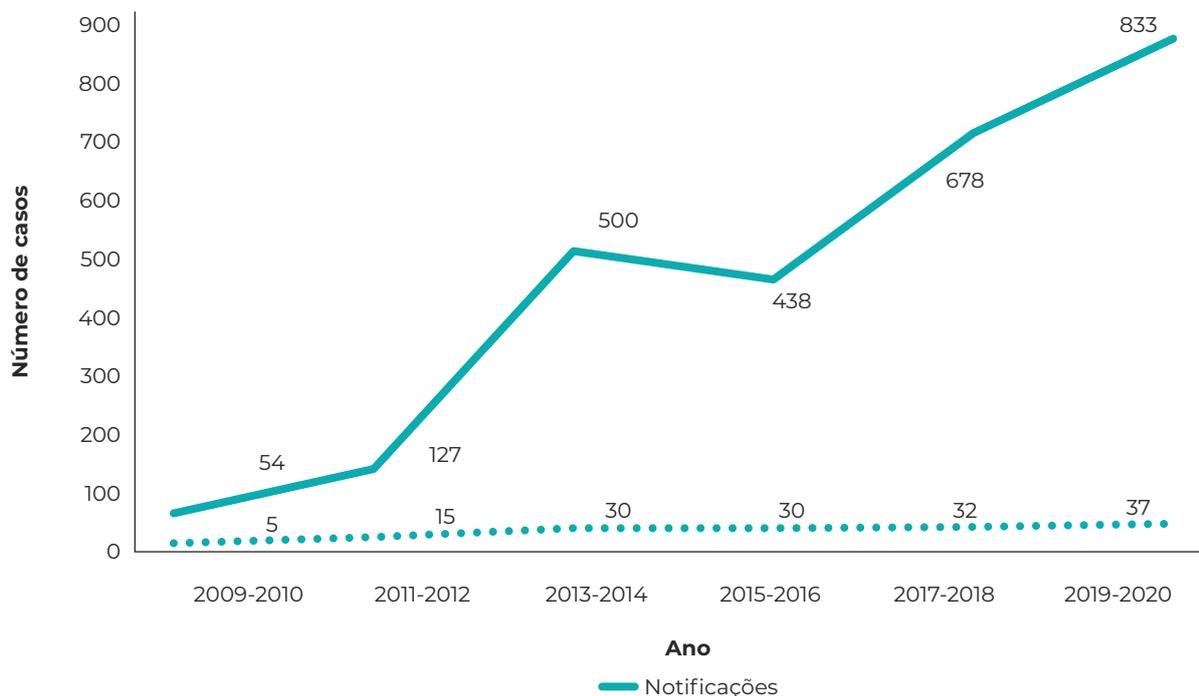


Figura 1 – Distribuição do número de notificações de violência contra mulheres indígenas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e de estabelecimentos que realizaram notificações de violência, macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009-2020

Fonte: Sinan.

Tabela 1 – Número e percentual de notificações de violência contra mulheres indígenas com mais de 10 anos de idade, segundo biênio e faixa etária, macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009-2020

Idade (anos)	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	Total
	(N = 54)	(N = 127)	(N = 500)	(N = 438)	(N = 678)	(N = 833)	(N = 2,630)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
10-19	15 (27,8)	36 (28,3)	171(34,2)	149 (34,0)	257 (37,9)	241 (28,9)	869 (33,0)
20-29	15 (27,8)	35 (27,6)	108 (21,6)	104 (23,7)	180 (26,5)	265 (31,8)	707 (26,9)
30-39	7 (13,0)	30 (26,6)	103 (20,6)	100 (22,8)	130 (19,2)	156 (18,7)	526 (20,0)
40-49	4 (7,4)	15 (11,8)	58 (11,6)	39 (8,9)	56 (8,3)	94 (11,3)	266 (10,1)
≥ 50	13 (24,0)	11 (8,7)	60 (12,0)	46 (10,6)	55 (8,1)	77 (9,3)	262 (10,0)

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Tabela 2 – Número, percentual e tendência temporal de completitude dos campos de ficha de notificação/investigação de violência contra mulheres indígenas com mais de 10 anos de idade, macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009-2020

Variáveis	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	Completitude (%)	Grau de completitude	VPA ^a (IC _{95%} ^b)	p-valor ^c	Tendência
	(N = 54)	(N = 127)	(N = 500)	(N = 438)	(N = 678)	(N = 833)					
	N %	N %	N %	N %	N %	N %					
Dados da pessoa atendida											
Escolaridade	35 63,0	73 57,5	306 61,2	256 58,4	507 74,8	621 74,5	68,3	Ruim	3,18 (-0,32;6,69)	0,065	Estabilidade
Situação conjugal/estado civil	42 77,8	109 85,8	448 89,6	339 77,4	529 78,0	703 84,4	82,5	Regular	0,29 (-3,77;3,18)	0,826	Estabilidade
Ocupação	37 68,5	104 81,9	416 83,2	136 31,1	257 37,9	335 40,2	48,9	Muito ruim	-10,23 (-20,11;-0,35)	0,045	Redução
Ser gestante	45 83,3	94 74,0	414 82,8	369 84,2	606 89,4	783 94,0	87,9	Regular	3,20 (1,24;5,17)	0,010	Aumento
Deficiência	44 81,5	108 85,0	438 87,6	334 76,3	540 79,6	742 89,1	83,9	Regular	0,00 (-3,12;3,12)	0,998	Estabilidade
Dados da ocorrência											
Local da ocorrência	43 79,6	108 85,0	433 86,6	356 81,3	588 86,7	739 88,7	86,2	Regular	1,13 (-0,38;2,65)	0,106	Estabilidade
Hora da ocorrência	35 64,8	67 52,8	328 65,6	263 60,0	488 72,0	596 71,5	67,6	Ruim	3,05 (1,18;4,92)	0,016	Aumento
Ocorreu outras vezes	40 74,1	81 63,8	355 71,0	254 58,0	519 76,5	640 76,8	71,8	Regular	1,30 (-2,72;5,43)	0,418	Estabilidade
Violência física	51 94,4	122 96,1	487 97,4	402 91,8	625 92,2	771 92,6	93,5	Boa	0,83 (-1,99;0,32)	0,115	Estabilidade
Violência sexual	46 85,2	92 72,4	433 86,6	370 84,5	606 89,4	771 92,6	88,1	Regular	2,99 (1,35;4,64)	0,007	Aumento
Violência psicológica	44 81,5	93 73,2	427 85,4	371 84,7	596 87,9	769 92,3	87,5	Regular	3,13 (1,93;4,34)	0,001	Aumento
Tortura	43 79,6	86 67,7	418 83,6	366 83,6	593 87,5	769 92,3	86,5	Regular	4,04 (2,29;5,79)	0,003	Aumento
Negligência/abandono	43 79,6	86 67,7	422 84,4	368 84,0	593 87,5	769 92,3	86,7	Regular	4,03 (2,27;5,08)	0,003	Aumento
Tráfico de seres humanos	43 79,6	85 66,9	424 84,8	368 84,0	594 87,6	771 92,6	86,9	Regular	4,17 (2,03;6,04)	0,003	Aumento
Uso de força corporal/ espancamento	48 88,9	108 85,0	443 88,6	388 88,6	609 89,8	760 91,2	89,6	Regular	0,91 (0,28;1,54)	0,015	Aumento
Enforcamento	42 77,8	87 68,5	414 82,8	360 82,2	589 86,9	762 91,5	85,7	Regular	3,96 (2,60;5,31)	0,001	Aumento
Uso de objeto contundente	42 77,8	88 69,3	417 83,4	364 83,1	594 87,6	762 91,5	86,2	Regular	3,93 (2,66;5,25)	0,001	Aumento
Uso de objeto perfurocortante	43 79,6	91 71,7	435 87,0	369 84,2	598 88,2	761 91,4	87,3	Regular	3,41 (2,08;4,74)	0,002	Aumento
Uso de substância/objeto quente	42 77,8	88 69,3	411 82,2	363 82,9	589 86,9	762 91,5	85,7	Regular	3,89 (2,54;5,24)	0,001	Aumento

Continua

Continuação

Tabela 2 – Número, percentual e tendência temporal de completitude dos campos de ficha de notificação/investigação de violência contra mulheres indígenas com mais de 10 anos de idade, macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009-2020

Variáveis	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	Completitude (%)	Grau de completitude	VPA ^a (IC _{95%} ^b)	p-valor ^c	Tendência
	(N = 54) N %	(N = 127) N %	(N = 500) N %	(N = 438) N %	(N = 678) N %	(N = 833) N %					
Envenenamento/intoxicação	42 77,8	88 69,3	408 81,6	362 82,6	588 86,7	762 91,5	85,6	Regular	3,87 (2,49;5,25)	0,001	Aumento
Uso de arma de fogo	42 77,8	87 68,5	409 81,8	360 82,2	588 86,7	761 91,4	85,4	Regular	3,95 (2,51;5,38)	0,001	Aumento
Ameaça	45 83,3	86 67,7	406 81,2	355 81,1	590 87,0	760 91,2	85,2	Regular	3,35 (0,82;5,88)	0,021	Aumento
Dados do agressor											
Números de envolvidos	50 86,2	121 93,8	493 94,1	387 92,1	642 94,8	642 94,8	93,6	Boa	1,12 (-0,26;2,52)	0,088	Estabilidade
Pai	46 79,3	94 72,9	436 87,2	354 84,3	604 89,2	604 89,2	84,5	Regular	3,33 (2,22;4,44)	0,001	Aumento
Mãe	46 79,3	92 71,3	440 88,0	356 84,8	604 89,2	604 89,2	85,0	Regular	3,53 (2,12;4,93)	0,002	Aumento
Padrasto	46 79,3	93 72,1	431 86,2	354 84,3	604 89,2	604 89,2	84,5	Regular	3,44 (2,10;4,77)	0,002	Aumento
Cônjuge	46 79,3	102 79,1	457 91,4	364 86,7	619 91,4	619 91,4	87,8	Regular	3,00 (2,36;3,63)	< 0,001	Aumento
Ex-cônjuge	46 79,3	93 72,1	433 86,6	348 79,3	606 89,5	606 89,5	84,4	Regular	3,47 (2,34;4,60)	0,001	Aumento
Namorado	45 77,6	92 71,3	429 85,8	348 79,3	604 89,2	604 89,2	83,9	Regular	3,73 (2,66;4,81)	< 0,001	Aumento
Ex-namorado	45 77,6	94 72,9	429 85,8	348 79,3	604 89,2	604 89,2	84,0	Regular	3,52 (2,67;4,38)	< 0,001	Aumento
Conhecido	45 77,6	94 72,9	443 88,6	349 81,7	610 90,1	610 90,1	85,2	Regular	3,69 (3,05;4,34)	< 0,001	Aumento
Desconhecido	45 77,6	94 72,9	437 87,4	362 82,6	606 89,5	606 89,5	85,4	Regular	3,62 (2,24;4,99)	0,001	Aumento
Cuidador	45 77,6	91 70,5	434 86,8	351 80,1	602 88,9	602 88,9	84,2	Regular	3,75 (2,53;5,00)	0,001	Aumento
Patrão/chefe	45 77,6	92 71,3	433 86,6	351 80,1	602 88,9	602 88,9	84,2	Regular	3,67 (2,54;4,79)	< 0,001	Aumento
Pessoa de relação institucional	45 77,6	92 71,3	433 86,6	352 80,1	607 89,1	607 89,1	84,5	Regular	3,67 (2,54;4,79)	< 0,001	Aumento
Sexo	51 94,4	112 88,2	466 93,2	382 87,2	620 91,4	754 90,5	90,5	Boa	-0,25 (-1,02;0,51)	0,405	Estabilidade
Suspeita de uso de álcool	40 69,0	92 71,3	426 85,2	328 74,9	582 86,0	582 86,0	81,2	Regular	3,72 (2,81;4,63)	< 0,001	Aumento

Continua

Continuação

Tabela 2 – Número, percentual e tendência temporal de completitude dos campos de ficha de notificação/investigação de violência contra mulheres indígenas com mais de 10 anos de idade, macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009-2020

Variáveis	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	Completitude (%)	Grau de completitude	VPA ^a (IC _{95%} ^b)	p-valor ^c	Tendência
	(N = 54) N %	(N = 127) N %	(N = 500) N %	(N = 438) N %	(N = 678) N %	(N = 833) N %					
Em casos de violência sexual											
Profilaxia para DST ^d	50 92,6	111 87,4	424 84,8	398 90,9	616 90,9	768 92,2	90,0	Boa	0,43 (-1,70;2,58)	0,600	Estabilidade
Profilaxia para HIV ^e	49 90,7	110 86,6	422 84,4	398 90,9	616 90,9	768 92,2	89,8	Regular	0,81 (-1,09;2,71)	0,302	Estabilidade
Profilaxia para hepatite B	49 90,7	111 87,4	422 84,4	399 91,1	616 90,9	768 92,2	89,9	Regular	0,75 (-1,08;2,58)	0,318	Estabilidade
Coleta de sangue	49 90,7	112 88,2	422 84,4	400 91,3	616 90,9	768 92,2	90,0	Boa	0,69 (-1,07;2,46)	0,336	Estabilidade
Coleta de sêmem	49 90,7	110 86,6	423 84,6	396 90,4	616 90,9	767 92,1	89,8	Regular	0,75 (-1,13;2,63)	0,330	Estabilidade
Coleta de secreção vaginal	40 74,1	108 85,0	416 83,2	378 86,3	586 86,4	732 87,9	85,9	Regular	1,94 (0,47;3,42)	0,021	Aumento
Contracepção de emergência	40 74,1	108 85,0	416 83,2	377 86,1	586 86,4	735 88,2	86,0	Regular	1,97 (0,53;3,41)	0,018	Aumento
Aborto previsto em Lei	40 74,1	108 85,0	416 83,2	374 85,4	585 86,3	732 87,9	85,7	Regular	1,90 (0,45;3,34)	0,021	Aumento
Evolução e encaminhamento do caso											
Delegacia de Atendimento à Mulher	41 75,9	66 52,0	345 69,0	301 68,7	549 81,0	768 92,2	78,0	Regular	5,37 (-0,01;10,77)	0,051	Estabilidade
Outras delegacias	43 79,6	70 55,1	348 69,6	300 68,5	548 80,8	768 92,2	79,0	Regular	4,40 (-1,51;10,39)	0,107	Estabilidade
Ministério Público	42 77,8	64 50,4	334 66,8	302 68,9	545 80,4	768 92,2	78,1	Regular	5,28 (-1,03;11,60)	0,080	Estabilidade
CRAS ^f	42 77,8	61 48,0	334 66,8	303 69,2	547 80,7	768 92,2	78,0	Regular	5,66 (-0,72;12,06)	0,069	Estabilidade
IML ^g	42 77,8	63 49,6	338 67,6	303 69,2	551 81,3	768 92,2	78,0	Regular	5,51 (-0,66;11,68)	0,068	Estabilidade

a) VPA: Variação percentual anual; b) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; c) P-valor: Valor de p, estimado pela regressão de Prais-Winsten; d) DST: Doença sexualmente transmissível; e) HIV: *Human immunodeficiency virus* (vírus da imunodeficiência humana); f) CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; g) IML: Instituto Médico Legal.

Tabela 3 – Número e percentual da consistência de variáveis selecionadas na ficha de notificação/investigação de violência contra mulheres indígenas maiores de 10 anos de idade, segundo biênio, macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009-2020

Variáveis	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	Percentual total de consistência	Classificação
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Idade fértil (10-49 anos) <i>versus</i> Ser gestante (não se aplica)	25/38 (65,8)	85/96 (88,5)	350/393 (89,1)	285/34 (82,6)	514/585 (87,9)	630/727 (86,7)	1,889 (86,5)	Regular
Deficiência/transtorno (não) <i>versus</i> Tipo de deficiência/transtorno (sim)	53 (100,0)	123 (100,0)	490 (100,0)	431 (100,0)	667 (100,0)	812 (100,0)	2,576 (100,0)	Excelente
Violência psicológica (sim) <i>versus</i> Meio utilizado na agressão (exceto ameaça)		1 (100,0)	2 (100,0)	1/3 (33,33)	7/9 (77,8)	9/12 (75,0)	20 (74,1)	Regular
Violência sexual (sim) <i>versus</i> Tipo de violência sexual (ignorado)	8/8 (100,0)	20/23 (87,0)	93/94 (98,9)	73/81 (90,1)	94/105 (89,5)	92/96 (95,8)	380 (93,4)	Excelente
Sexo do autor da agressão (masculino) <i>versus</i> Vínculo (mãe)		1 (100,0)	2 (100,0)	4 (100,0)	8 (88,9)	1 (50,0)	16 (88,6)	Regular

O aumento do número das notificações pode estar relacionado ao fato de, a partir de 2010, a violência constar da lista de agravos de notificação compulsória em unidades-sentinela de saúde, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 2.472, de 31 de agosto de 2010; e de a partir do ano seguinte, 2011, com a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a violência passar a compor a lista de doenças de notificação compulsória universal.^{15,16} Com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e a inclusão das equipes multiprofissionais de saúde, dois fatores teriam contribuído para o aumento das notificações: (i) o aumento dos esforços para as notificações de violência no âmbito dos DSEIs, desde 2013, e (ii) a publicação da Portaria nº 1.271, de 6 de Junho de 2014, responsável pela implantação, no mesmo ano, das unidades notificadoras do Sinan no território indígena.^{17,18}

O aumento do número de notificações pode ter relação com o aumento do número de unidades notificadoras com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, entre 2009 e 2016, cujo objetivo foi analisar a consistência de 103.841 notificações de violência interpessoal e autoprovocada, encontrou um aumento de 284% das notificações no período, associado à melhor estruturação das unidades notificadoras.¹⁹ Na cidade de Belém, capital do estado do Pará, igualmente, observou-se um aumento das notificações de violência a acompanhar o aumento de unidades notificadoras, entre 2009 e 2011.²⁰ Portanto, o aumento das unidades notificadoras, associado a uma melhor estrutura, dotada de profissionais capacitados e sensibilizados quanto ao tema da violência, pode contribuir para o aumento das notificações.

Considerando-se o grupo populacional-alvo deste estudo, o maior número de notificações ocorreu entre mulheres na idade de 10 a 19 anos.

Na população geral, um dos fatores com poder de contribuir para o aumento das notificações de violência contra essa faixa etária é a sensibilização dos profissionais para sua notificação; entre mulheres indígenas, especificamente no contexto das etnias estudadas, a primeira menstruação (menarca) é marcada por um rito de passagem em que a criança se torna mulher, permitindo-lhe um relacionamento afetivo-sexual e a geração de filhos.²¹ Como decorrência desse novo *status*, mulheres indígenas com idade entre 10 e 15 anos estão sujeitas a possível violência, praticada por parceiros íntimos: namorados, cônjuges, ex-namorados, ex-cônjuges. No presente estudo, 409 gestantes indígenas foram notificadas como vítimas de violência nessa faixa etária, tendo sido a violência física a de maior frequência, com 226 casos, seguida da violência sexual, com 141 casos. Do total de gestantes, 258 mulheres indígenas (63,1%) possuíam entre 11 e 15 anos de idade (dados não apresentados).

Em relação ao bloco de dados da ocorrência, a variável “violência física” apresentou completude excelente, a hora da ocorrência, completude ruim, e as demais variáveis, completude regular. O levantamento de informações sobre as notificações de violência, como lugar e hora da ocorrência, tipo de violência e se houve reincidência, são importantes no mapeamento dos casos e para servir de subsídio às ações de segurança e proteção das vítimas.²² Segundo uma pesquisa realizada na cidade de Amambai, também no estado de Mato Grosso do Sul, no período entre 2007 e 2013, entre as etnias Guarani e Kaiowá, era comum que as denúncias a instituições fossem realizadas por parentes próximos ou capitães de aldeia, não pela própria vítima.⁵ Entretanto, é possível que essa tendência de as denúncias serem baseadas em fontes secundárias contribua para a reduzida completude das informações sobre algumas variáveis. Já a alta completude da variável “violência física” pode estar associada ao fato de esta ser de fácil reconhecimento, por suas marcas visíveis nas vítimas.

O serviço de saúde é fundamental para a vigilância das violências e deve fazer parte da rede de atenção e proteção integral às pessoas em situação de violência, com o envolvimento da Assistência Social, da Educação, de Segurança Pública, do Poder Judiciário, do Conselho Tutelar e da própria sociedade civil. Entre a população indígena, para o encaminhamento das vítimas aos órgãos de proteção social no sentido da resolutividade dos casos de violência, além dos órgãos citados, é importante o envolvimento do setor responsável pela política indigenista, do controle social e das associações e coletivos indígenas.²³

Ainda, em se tratando de indígenas, a baixa completitude identificada no bloco de evolução e encaminhamento dos casos pode ter relação com o despreparo dos profissionais para a realização do atendimento dos casos de violência nessa população, seja por conta da barreira linguística, seja pela falta de preparo profissional para o encontro intercultural; ou ainda, pela dificuldade que as mulheres indígenas encontram para serem atendidas por outros serviços da rede, a exemplo do Poder Judiciário ou da Segurança Pública, haja vista o difícil acesso a algumas terras e reservas indígenas. De acordo com o Mapeamento da Violência, realizado pelo coletivo de mulheres indígenas Guarani e Kaiowá da região sul de Mato Grosso do Sul, muitas mulheres indígenas sofrem violência doméstica, mas nem todas conseguem apoio e/ou acolhimento.²⁴ As mulheres não denunciam por não terem para onde ir, não saberem como recomeçar a vida ou não terem outras perspectivas, senão as restritas ao horizonte de sua situação étnico-social. Aquelas que conseguem o apoio e o acolhimento necessários ainda dependem do transporte oferecido pela SESAI, Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) e Conselho Tutelar, entre outros.²⁴

O encaminhamento da vítima de violência para outros serviços da rede de proteção faz parte do processo de integralidade da assistência, contribuindo para a humanização do

atendimento.²⁵ Ao realizar o atendimento, é atribuição do profissional de saúde detectar a possível violência, realizar o acolhimento, o atendimento, a notificação e o encaminhamento da vítima para os demais serviços da rede de proteção.²⁵ A incompletitude desses dados dificulta a análise do fluxo de atendimento da rede de proteção: sua falta tanto pode ser resultado do não preenchimento do campo específico – ainda que a mulher tenha sido encaminhada para a rede de proteção – como estar relacionada com o não encaminhamento da vítima para outros serviços.

Atualmente os povos indígenas têm acesso limitado a um atendimento de saúde integral e especializado. Grande parte das instituições encontram-se nas cidades, longe das terras e reservas indígenas, dificultando o encaminhamento e a continuidade desse atendimento.^{26,27} Além da distância dos serviços da rede de proteção à mulher, para essa população, destaca-se a dificuldade do cumprimento dos preceitos legais relacionados à violência: policiais, quando solicitados, nem sempre conseguem estar presentes no território indígena; e em certas ocasiões, são as mulheres que não conseguem se comunicar com as forças policiais porque o território não é coberto por sinal de telefonia.²⁴

A análise da consistência demonstra a coerência das informações das notificações de violência contra a mulher indígena, permitindo o levantamento de informações por meio da associação entre variáveis selecionadas. Resultado semelhante foi observado em estudo realizado na cidade de Recife, capital do estado de Pernambuco, no período de 2009 e 2012, quando se avaliou a completitude, consistência e duplicidade de registros de notificação de violência no Sinan.²⁸

Um fator que pode comprometer a notificação da violência contra a mulher é o fato de os profissionais entenderem a violência doméstica como um evento relacionado com a Segurança Pública e o Poder Judiciário, exclusivamente, sendo dispensável a assistência

da Saúde Pública.²⁹ Outro ponto relevante a ser considerado é o retorno das informações para os notificadores, por parte da equipe de vigilância epidemiológica. A retroalimentação do perfil dos casos notificados, a qualidade dos dados e seus desdobramentos podem favorecer a melhoria da qualidade da informação, uma vez que os profissionais responsáveis pela notificação da violência, ao perceberem que é efetiva e gera resultados, podem se sentir mais motivados.²⁸ Outrossim, no atendimento dos povos indígenas, diferenças socioculturais entre profissionais de saúde e indígenas vítimas de violência podem dificultar o processo de notificação de casos.

Para a melhoria da qualidade do preenchimento da ficha de notificação, é importante a educação continuada dos profissionais responsáveis, sensibilizando-os quanto à importância da geração de informações com qualidade.³⁰ Tem influência negativa na qualidade dos dados a falta de fluxos para a notificação, nos locais onde são realizados os atendimentos e onde são consolidados. Ainda, muitos dados são obtidos de prontuários, os quais, em algumas ocasiões, podem não dispor de todas as informações necessárias.³⁰

Considera-se como limitação deste estudo a utilização de dados do Sinan não identificados, na avaliação da completude e consistência, o que impossibilita a observação de duplicidade das notificações. Outra limitação a destacar é a ausência da estratificação dos povos indígenas por etnia, na ficha de notificação/investigação de violência, o que impossibilita a análise dessa variável na identificação do grupo étnico mais vulnerável à violência, o que contribuiria para o direcionamento de ações específicas segundo cada grupo.

O presente estudo foi determinante para identificar a necessidade de melhoria da qualidade das notificações de violência contra mulheres indígenas em Dourados, Mato Grosso do Sul. Entretanto, a diversidade étnica e cultural da população indígena brasileira, assim como a regionalização da gestão dos serviços de saúde, impede que os resultados encontrados sejam extrapolados para outras regiões brasileiras. Ainda assim, o estudo serve de orientação a futuras investigações sobre a qualidade dos dados notificados em outros territórios indígenas.

Conclui-se que os dados avaliados neste estudo são adequados para a realização de inferências e análise epidemiológica dos casos de violência na região, ainda que se mostre necessária a melhoria da completude das variáveis “escolaridade”, “ocupação” e “hora da ocorrência”. Para que sejam obtidos dados consistentes e de qualidade, é necessário que o Ministério da Saúde e SESAI, juntamente com as secretarias de saúde municipais e estaduais, adotem medidas visando melhorar o preenchimento das fichas de notificação/investigação de violência, a exemplo de educação continuada dos profissionais, treinamento para atendimento em situações interculturais, sensibilização quanto à importância do preenchimento da ficha de forma correta, ações da vigilância epidemiológica, por meio da investigação dos casos, e realização de análises periódicas dos bancos de dados para a identificação de inconsistências e incompletudes. A geração de dados com qualidade poderá contribuir com o levantamento da magnitude e a determinação da violência contra a mulher indígena na macrorregião de saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul, além de auxiliar na elaboração de políticas públicas voltadas a essa temática.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Freitas GA contribuiu com a concepção e desenho do estudo, aquisição, análise e interpretação dos dados, elaboração, revisão crítica e redação das versões preliminares do artigo. Silva CMFP contribuiu com a concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica de importante conteúdo intelectual. Welch JR e Marcon GEB contribuíram com a revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final e declaram-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão e integridade de qualquer parte desta obra sejam devidamente investigadas e resolvidas.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

TRABALHO ACADÊMICO ASSOCIADO

Artigo derivado de tese de doutorado intitulada *Violência contra a mulher indígena: uma análise multinível sobre a ocorrência na região de Dourados, Mato Grosso do Sul*, de autoria de Glênio Alves de Freitas, desenvolvida no âmbito do curso de Epidemiologia em Saúde Pública, do Programa de Doutorado Acadêmico em Epidemiologia, Equidade e Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, e apresentada à banca de defesa em fevereiro de 2023.

Correspondência: Glênio Alves de Freitas | glenio.freitas@ufu.br

Recebido em: 19/10/2023 | **Aprovado em:** 20/03/2024

Editora associada: Thaynã Ramos Flores

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Cien Saude Colet*. 2006;11(2):375-83. doi: 10.1590/S1413-81232006000200015.
2. Krug EC, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2022 Feb 17]. 346 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf.
3. World Health Organization. Violence against women: The health sector responds. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2022 Feb 20]. 8 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/82753>.
4. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022 [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2022 [citado 2023 Jul 27]. 14 p. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/12/violencia-contra-meninas-mulheres-2022-1sem.pdf>.
5. Zimmermann TR, Viana AEA. Apontamentos sobre gênero e violência contra mulheres indígenas em Amambai-MS (2007-2014). *Tellus*. 2014;14(27):117-28. doi: 10.20435/tellus.v0i27.311.
6. Milladinovic Z, Mulligan L. Homicide in Canada, 2014. Ottawa: Statistics Canada Catalogue, 2015. 42 p.
7. Quadros MEF, Oliveira MM, Ferreira RZ, Alves PF. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(1):164-74.
8. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saude Publica*. 2007;23(3):701-14. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300028.
9. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2023 Ago 12]. 92 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional das Secretarias Municipais. Macrorregião de Saúde de Dourados [Base de Dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2023 Ago 12]. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/13_macrorregioes-e-regioes-de-saude.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI. Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI-MS). Relatório Situacional do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena do Mato Grosso do Sul. Campo Grande: Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul; 2022 [citado 2023 Jun 16]. 26 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-sesai-ms-no-01-2023/anexo-xxxvii-relatorio-situacional-dsei-mato-grosso-do-sul.pdf>.
12. Lara JM, Donalísio MR, Von Zuben A, Angerami R, Francisco PMSB. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da leptospirose em Campinas, São Paulo, 2007 a 2014. *Cad Saude Colet*. 2021;29(2):201-8. doi: 10.1590/1414-462X202129020474.
13. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(3):565-76. doi: 10.5123/S1679-49742015000300024.
14. Viana VAO, Madeiro AP, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP. Tendência temporal da violência sexual contra mulheres adolescentes no Brasil, 2011-2018. *Cien Saude Colet*. 2022;27(06):2363-71. doi: 10.1590/1413-81232022276.14992021.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2010 Set 01 [citado 2023 Mar 16], Seção 1:168. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=01/09/2010>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011 Jan 26 [citado 2023 Mar 16], Seção 1:37. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/01/2011&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=88>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 Jun 09 [citado 2023 Fev 22], Seção 1:67. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=67&data=09/06/2014>.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SIASISUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2023 Mar 16]. 83 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf.
19. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, Teles N, Erthal RMC, Oliveira MHB. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cad Saude Colet.* 2018;26(3):318-26. doi: 10.1590/1414-462X201800030075.
20. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2013;18(5):1263-72.
21. Seraguza L. Cosmologia e sexualidade entre os Kaiowa e Guarani em Mato Grosso do Sul: notas sobre excessos, poderes e perigos na produção do corpo e da pessoa Kaiowa e Guarani. *Ñanduty.* 2016;4(5):33-52.
22. Santos TMB, Cardoso MD, Pitangui ACR, Santos YGC, Paiva SM, Melo JPR, Silva LMP. Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2016;21(12):3907-16. doi: 10.1590/1413-812320152112.16682015.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Manual de investigação/notificação de violências em povos indígenas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2023 Jun 22]. 23 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Investigacao_Violencia_Povos_Indigenas.pdf.
24. Organização Kuñangue Aty Gaçu. Corpos silenciados, vozes presentes: a violência no olhar das mulheres Kaiowá e Guarani [Internet]. Dourados: Organização Kuñangue Aty Gaçu; 2020 [citado 2023 Jun 29]. 19 p. Disponível em: https://lutafob.org/wp-content/uploads/2020/12/Corpos-silenciados_resumo_pag-simples_v04.pdf.
25. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saude Publica.* 2007;41(3):472-7. doi: 10.1590/S0034-89102007000300021.

26. Santos MM, Cruz KJC, Sá LCR, Batista CC, Aguiar EMG, Nogueira AMT. Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(1):127-36. doi: 10.5123/S1679-49742016000100013.
27. Pereira ER, Biruel EP, Oliveira LSS, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saude Soc*. 2017;23(3):1077-90. doi: 10.1590/S0104-12902014000300027.
28. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2014;23(1):131-42. doi: 10.1590/S2237-96222022000100012.
29. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Portela AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Cien Saude Colet*. 2009;14(4):1019-27. doi: 10.1590/S1413-81232009000400009.
30. Façanha MC, Pinheiro AC, Lima JRC, Ferreira MLLT, Teixeira GFD, Rouquayrol MZ. Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza-Ceará, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2006;81(4):329-33. doi: 10.1590/S0365-05962006000400004.