

Qualidade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada: análise transversal dos registros de Fortaleza, 2015-2018*

Quality of notifications of interpersonal and self-harm: cross-sectional analysis of the records in Fortaleza, 2015-2018

Juliete Vaz Ferreira¹ , Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira^{2,3} 

¹Escola de Saúde Pública do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

³Universidade Federal do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

Como citar: Ferreira JV, Oliveira FVA. Qualidade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada: análise transversal dos registros de Fortaleza, 2015–2018. Cad Saúde Colet. 2025;33(2):e33020412. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202533020412>

Resumo

Introdução: Desenvolvido entre 1990 e 1993, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) passou a incluir, a partir de 2006, os registros de violência interpessoal e autoprovocada. No entanto, para que os dados subsidiem ações efetivas de enfrentamento, é fundamental assegurar sua completude, consistência, validade e ausência de duplicidades. **Objetivo:** Analisar a qualidade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada registradas em Fortaleza, no período de 2015 a 2018. **Método:** Estudo transversal, no qual a qualidade dos dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação foi avaliada quanto à adequação ao objeto de notificação, duplicidade, completude e consistência, com o cálculo da variação percentual para o período estudado. **Resultados:** Foram analisados 10.969 registros, dos quais 976 (8,9%) apresentaram duplicidade e não adequação ao objeto de estudo. A completude apresentou aumento da variação percentual em 84% dos campos, sendo a “ocupação” o campo com menor completude (28,4%). Na análise de consistência apenas a relação entre “Lesão autoprovocada” e “Número de envolvidos” apresentou classificação regular, com 79,3%. **Conclusão:** Houve melhora da adequação ao objeto de notificação, duplicidade de registros e consistência. Apontar as fragilidades presentes nos dados é fundamental para o planejamento de novas ações que visem a melhora dos bancos de dados, ação que impacta diretamente na construção de políticas públicas voltadas ao tema.

Palavras-chave: vigilância em saúde pública; epidemiologia; violência; sistemas de informação em saúde; estudos transversais.

Abstract

Background: Developed between 1990 and 1993, the Notifiable Diseases Information System began incorporating records of interpersonal and self-inflicted violence in 2006. However, to ensure that the data effectively support intervention strategies, it is essential to guarantee their completeness, consistency, validity, and absence of duplication. **Objective:** To analyze the quality of notifications of interpersonal and self-inflicted violence registered in Fortaleza, from 2015 to 2018. **Method:** Cross-sectional study, in which the quality of the data extracted from the Notifiable Diseases Information System was assessed for suitability for the notification's object, duplicity, completeness and consistency, with the calculation of the percentage variation for the period studied. **Results:** Of the 10,969 records analyzed, 976 (8.9%) showed duplicity and inadequacy to the object of study. Completeness showed an increase in the percentage variation in 84% of the fields, “occupation” being the field with the lowest completeness (28.4%). In the consistency analysis, only the relationship between “self-harm” and “number of people involved” had a regular classification, with 79.3%. **Conclusion:** There was an improvement in the adequacy of the notification object, duplication of records and consistency. Pointing out the weaknesses present in the data is fundamental for planning new actions aimed at improving the databases, an action that directly impacts the construction of public policies focused on the theme.

Keywords: public health surveillance; epidemiology; violence; health information systems; cross-sectional studies.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

*Artigo derivado de Trabalho de Conclusão de Residência intitulado “Análise da qualidade da informação das notificações de violência interpessoal e autoprovocada de Fortaleza, Ceará” defendido por Juliete Vaz Ferreira junto ao Programa de Pós-graduação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará, em 2020. Correspondência: Juliete Vaz Ferreira. E-mail: juliete.vaz@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Ago. 10, 2021. Aprovado em: Out. 22, 2022.

Editor responsável: Guilherme L. Werneck 

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou possível a integração das informações em saúde. A análise dessas informações permite selecionar problemas-chaves e indicar ações governamentais para a sua resolução. Ademais, a análise de informações em saúde funciona como avaliação da efetividade e eficiência de intervenções e programas implementados, o que possibilita propor alterações para fortalecer as estratégias de governo¹⁻³.

O atual Sistema de Informação em Saúde (SIS) tem como objetivo facilitar o acesso às informações e a elaboração de políticas e ações no âmbito da saúde. O SIS reúne informações de vários subsistemas, que incluem dados sobre natalidade, morbidade, mortalidade, informações hospitalares e ambulatoriais e dados referentes à atenção básica¹.

Nesse cenário, entre 1990 e 1993, foi desenvolvido o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que coleta e processa os dados acerca dos agravos de notificação em todo o território nacional¹. Para registrar as notificações de violência, foi instituído, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), sendo implementado inicialmente em serviços de referência e em seguida passando a integrar o Sinan⁴.

A utilização do Viva tornou-se necessária devido à urgência em tratar o assunto no âmbito da saúde. A violência configura-se como grave problema de saúde pública e, mesmo não sendo parte de sua gênese, uma parcela considerável dos encargos resultantes da violência incidem sobre o setor saúde⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a violência como o uso intencional de força física ou poder, ameaçados ou reais, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resultem ou tenham grande probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação⁶. A violência traz repercussões biopsicossociais na vida das pessoas que a vivenciam. Os impactos vão desde lesões corporais a distúrbios de comportamento e adoecimento mental, afetando de modo direto a saúde e o bem-estar dos indivíduos⁷⁻⁹.

Em 2001, o Brasil passa a reconhecer oficialmente a necessidade de tratar a violência como uma questão de saúde pública a partir da aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências^{10,11}. Essa aprovação teve grande relevância diante da escalada de casos de violência no país. O Ceará, por exemplo, apresentou um crescimento expressivo de homicídios de adolescentes em 2020 — foram registrados 409, o que superou todo o acumulado de 2019, que foi de 355 casos. A capital, Fortaleza, foi a principal responsável por esse aumento¹².

No cenário nacional, Fortaleza se destaca como a capital com maior densidade demográfica. Essa informação deve ser levada em consideração quando o assunto é violência, pois os dois são diretamente proporcionais^{13,14}. O município foi citado no Atlas da Violência de 2019, onde apresentou elevado crescimento na taxa de homicídio em 2017¹⁵. Esse aumento também foi observado nos registros do Sinan, embora aborde outros tipos de violência. Contudo, ele não deve ser atribuído somente à alta nos casos de violência, mas também à ampliação do número de unidades notificadoras. A notificação ainda não contempla a rotina de trabalho de muitos profissionais e, por isso, não se pode descartar a histórica subnotificação dos casos de violência, especialmente quando consideradas as violências mais sutis¹⁶.

Para que o Sinan possa gerar dados que subsidiem ações de enfrentamento à violência, em todas as esferas de governo torna-se essencial investir na eficiência, na qualidade e na fidedignidade das informações registradas¹⁷. O conceito de “qualidade da informação” é extenso e multidimensional, no entanto, é consenso o uso de algumas dimensões como a completude, a consistência, a não duplicidade e a validade dos dados¹⁸.

Analisar a qualidade das notificações é um processo dispendioso, porém necessário. Em Fortaleza, estudos anteriores, que se propuseram a avaliar as notificações, identificaram problemas como a ausência de informações no preenchimento das fichas de notificação de violência contra a mulher e problemas relacionados a divergências de informações entre o sistema local de informação e o Sinan^{19,20}. A maior parte dos estudos é direcionada para análise do perfil epidemiológico e não para análise da qualidade. Contudo, os autores identificam falhas comuns no preenchimento das fichas de notificação, como: itens em branco; uso

frequente da opção “ignorado”; e informações contraditórias²¹. Essas ocorrências reforçam a necessidade de avaliação mais criteriosa da qualidade das notificações, processo que pode permitir a correção das informações antes do registro final da notificação. Além disso, mostram a urgente necessidade de sensibilizar os atores envolvidos nesse processo para a importância do preenchimento adequado da ficha de notificação.

Diante disso, o presente estudo visa identificar as fragilidades presentes nos registros de violência interpessoal e autoprovocada do município. Sendo a violência interpessoal aquela na qual um ou mais agressores causam lesões em uma ou mais vítimas; e a violência autoprovocada quando a própria pessoa provoca lesões em si mesma.

A partir dessa análise é possível estabelecer novas estratégias para a qualificação do banco de dados municipal, fortalecendo a notificação com qualidade e aproximando do diálogo todos os atores envolvidos neste processo, como: os usuários, profissionais, gestores dos serviços de saúde, técnicos de vigilância em saúde, equipamentos sociais dos territórios e toda a rede de proteção social em articulação com o cuidado em saúde.

O objetivo do estudo foi analisar a qualidade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada registradas em Fortaleza, no período de 2015 a 2018.

MÉTODOS

Estudo transversal acerca da qualidade das informações de violência interpessoal e autoprovocada notificadas no município de Fortaleza e registradas no Sinan nos anos de 2015 a 2018.

O local do estudo foi o município de Fortaleza, Ceará, situado na região Nordeste do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Cidades, em 2020 a capital cearense tinha população estimada de 2.686.612 habitantes e densidade demográfica de 7.786,44 habitantes por km², correspondendo a maior densidade entre as capitais brasileiras. A rede pública de saúde do município conta com 115 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), 15 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), 10 hospitais, policlínica, centro de referência e atendimento à mulher em situação de violência, entre outras unidades, todas habilitadas para realização das notificações.

Os dados inseridos no estudo foram extraídos do Sinan local, por solicitação direta à Secretaria de Saúde Municipal, em 13 março de 2020. O estudo analisou as notificações que ocorreram entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2018. O período selecionado para análise levou em consideração a atualização da ficha de notificações, que ocorreu em 2015, e o ano de 2018 por corresponder, até então, ao último ano de base consolidada, que se refere aos dados transferidos do Sinan local para a esfera superior.

O estudo foi dividido em duas etapas, nas quais foram avaliadas quatro dimensões da qualidade: adequação ao objeto de notificação e duplicidade dos registros, na primeira etapa; e completude das informações e consistência dos dados, na segunda etapa (Figura 1).

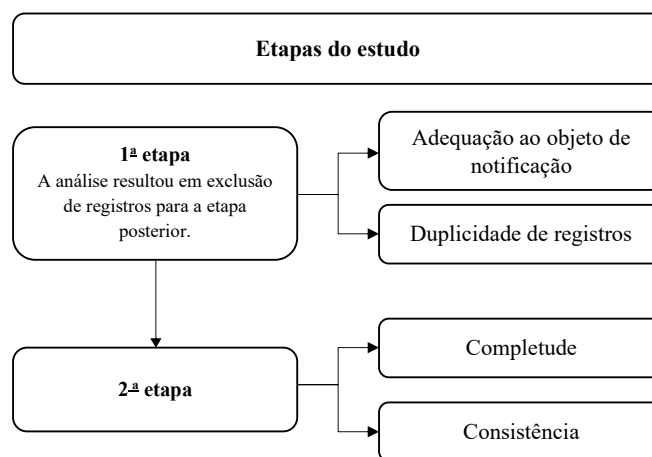


Figura 1. Fluxograma das etapas da avaliação da qualidade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Fortaleza, 2015 a 2018.

Primeira etapa

Adequação ao objeto de notificação

Os aspectos a serem considerados na análise do fenômeno da violência interpessoal e autoprovocada registradas pelo Sinan são de ordens como violência sexual, doméstica, de gênero, lgbtfóbica; contra crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e demais públicos vulneráveis especificados nos manuais do Ministério da Saúde (MS)^{17,22}. Foram excluídas as notificações que não estavam em concordância com a definição de caso de violência.

Dessa forma, a não adequação foi estabelecida quando a notificação apresentou um dos seguintes critérios¹⁷:

- Registro de óbito;
- Palavras feto, natimorto e aborto na variável “nome do paciente”;
- Homens adultos — homens de 20 a 59 anos — que “não” sofreram: violência sexual, tráfico de seres humanos, violência por tortura, violência legal, violência homofóbica ou lesão autoprovocada; quando o indivíduo não era indígena, pessoa com deficiência, gay, bissexual, travesti ou transexual; quando o autor da agressão não incluiu: pai, mãe, padrasto, madrastra, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, filho, irmão, própria pessoa, policial ou agente da lei; quando a descrição do campo “outros tipos de agressores” não incluiu autores com vínculo íntimo ou familiar;
- Registros com a opção “tipos de violência — outros” assinalados com: 1-sim e sem nenhum outro tipo de violência preenchido e com 1-sim, que apresentavam como especificação em (VIOL_ESPEC) as palavras:
 - Acidentes: acidentes de trânsito, atropelamento, trânsito, colisão, moto, carro, acidente, capotamento;
 - Uso abusivo de substâncias tóxicas: drogadição, uso de droga (s), drogas;
 - Situação de rua;
 - Sem especificação ou com uso de termos como: ignorado, numerais, sem informação.
- Registros que não informavam o tipo da violência; fichas que apresentaram marcação em branco ou com as opções “2 – não” ou “9 – ignorado” para todos os tipos de violência e não se tratavam de lesão autoprovocada.

A adequação foi avaliada no software Excel com o auxílio de fórmulas para identificação dos critérios. Após a análise automática os itens foram conferidos manualmente.

Duplicidade

A caracterização dos casos de duplicidade seguiu a orientação do MS e ocorreu quando o mesmo usuário foi notificado mais de uma vez pela mesma ou por outra unidade de saúde, para o mesmo caso¹⁷.

Ocorreu a partir da análise de variáveis específicas: nome e sobrenome; data de nascimento; data da ocorrência; nome da mãe. Após a análise automática no software Excel, os casos prováveis, que poderiam incluir divergência ou possíveis erros de digitação, foram separados e analisados manualmente. Nessa revisão foram comparados os itens: hora da ocorrência, número do cartão do SUS, endereço, tipo de violência, provável autor da agressão e o conteúdo presente no campo observações adicionais.

Na análise desse critério, alguns erros de digitação dificultam a confirmação de duplicidades e podem interferir nas análises com a consequente redução do número de achados de duplicidade. Para reduzir esse viés, a análise de duplicidades foi realizada de forma manual, a fim de confirmar ou não os casos de duplicidade nas fichas que apresentavam alguma similaridade.

Em caso de confirmação da duplicidade, o registro mais completo foi selecionado, sendo os demais excluídos da base de dados. Para o banco de dados ser considerado aceitável, o número de duplicidade não deve ultrapassar o percentual de 5% dos casos^{23,24}.

Segunda etapa

Compleitude

A completude foi avaliada pelo percentual de registros com informação ignorada ou em branco, sendo classificada em: excelente ($\geq 95\%$), bom (90–95%), regular (70–90%), ruim (50–70%) e muito ruim ($< 50\%$)²². A base de dados inclui campos de preenchimento obrigatório e campos essenciais. Segundo o MS, campos obrigatórios são aqueles cuja ausência impossibilitam o cadastro da notificação e dificultam o processo de investigação; já os campos essenciais são aqueles que registram dados necessários à investigação do caso e auxiliam o cálculo de indicadores epidemiológicos¹¹.

Ao todo foram avaliados 19 campos da ficha, divididos em campos obrigatórios — data de nascimento; gestante; município de ocorrência; local de ocorrência; essa violência foi motivada por; e sexo do provável autor da violência — e campos essenciais — raça/cor; escolaridade; nome da mãe; ocupação; situação conjugal/estado civil; orientação sexual; identidade de gênero; possui algum tipo de deficiência/transtorno; bairro; hora da ocorrência; ocorreu outras vezes; número de envolvidos; e suspeita de uso de álcool.

Consistência

Consistência refere-se à coerência entre as categorias assinaladas em dois ou mais campos relacionados¹². Os resultados obtidos foram classificados em: excelente ($> 90\%$), regular (70–89%) e baixa ($< 70\%$)²³.

Foram avaliadas seis relações entre uma ou mais variáveis:

1. Resposta positiva para “violência sexual” e negativa ou ignorada para “tipo de violência sexual”;
2. Resposta positiva para “tipo de violência sexual: pornografia infantil” e “idade maior que 19 anos”;
3. Sexo do autor da agressão: “masculino” e “vínculo com a pessoa agredida: mãe/madrasta”; ou “sexo do autor da agressão: feminino” e “vínculo com a pessoa agredida: pai/padrasto”;
4. Resposta positiva para “gestante” e para “sexo: masculino” ou “idade menor que 9 anos”;
5. Resposta positiva para “lesão autoprovocada” e para “vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida” (exceto “própria pessoa”) e sem outro tipo de violência informado;
6. Resposta positiva para “lesão autoprovocada” e “número de envolvidos: dois ou mais ou ignorado”.

As informações foram coletadas no Sinan local por meio do TabWin, sendo processadas e analisadas no software Excel. Os dados foram apresentados em forma de tabelas com a frequência e a respectiva categorização, segundo os critérios mencionados para cada dimensão. O período foi analisado a partir do cálculo da variação percentual (VP), que consiste na diferença percentual entre o primeiro e o último ano do estudo.

A pesquisa seguiu as recomendações éticas e garantiu o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados foram utilizados. Os resultados não contêm nenhuma informação pessoal e apenas o pesquisador responsável pela análise da duplicidade teve o referido acesso. A pesquisa restringiu ao máximo o acesso a esses dados e buscou garantir todas as medidas necessárias para proteção dessas informações. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará em 5 de março de 2020, sob o parecer nº 1.765.363.

RESULTADOS

Foram identificadas 10.969 notificações de violência interpessoal e autoprovocada no município de Fortaleza no período compreendido entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2018. O número de notificações aumentou ao longo do período avaliado, e o mesmo foi observado no número de unidades notificadoras (Tabela 1).

Tabela 1. Número de notificações registradas no banco de dados do Sinan e número de unidades notificadoras. Notificações de violência interpessoal/autoprovocada. Fortaleza (CE), 2015 a 2018.

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
N.º de notificações	1.934	2.388	2.367	4.280	10.969
N.º de unidades notificadoras	46	68	62	79	106*

*Número total de unidades notificadoras durante o período 2015 a 2018. O total de unidades representa a quantidade de estabelecimentos de saúde que realizaram ao menos uma notificação durante o período do estudo.

Das notificações analisadas, 976 (8,9%) foram excluídas por não atenderem à definição de casos notificáveis e por caracterizarem-se como duplicadas (Tabela 2).

Tabela 2. Frequências absoluta e relativa das notificações de violência interpessoal e autoprovocada excluídas por não adequação ao objeto de notificação e por duplicidade. Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Fortaleza (CE), 2015 a 2018 (n=10.969).

Critérios	2015		2016		2017		2018		2015-2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Registros de óbitos	6	0,3	8	0,3	8	0,3	6	0,1	28	0,3
Palavra feto como nome do usuário	0	0	2	0,1	0	0	0	0	2	0
Homens 20 a 59*	139	7,2	14	0,6	18	0,8	37	0,9	208	1,9
Sem nenhum tipo de violência informado	178	9,2	99	4,1	105	4,4	162	3,8	544	5
Duplicados	35	1,8	43	1,8	38	1,6	78	1,8	197	1,8
Total de registros excluídos	358	18,5	166	6,95	169	7,1	283	6,6	976	8,9

*Casos de violência extrafamiliar/comunitária que não atenderam aos critérios de notificação.

O cálculo da porcentagem foi realizado com base no número total de notificações apresentado na Tabela 1.

A maior parte dos casos de não adequação ao objeto de notificação foram devido às notificações “sem nenhum tipo de violência informado”, que inviabilizam o uso das informações presentes na ficha; e ao registro da ocorrência de violência contra “Homens 20 a 59”, que não se enquadravam em nenhum critério de inclusão. Esses casos específicos de violência não são objetos de notificação do Sinan, sendo captados por outros sistemas de informação em saúde, de segurança pública e inquéritos epidemiológicos¹⁷. Seguiram, por tanto, para análise de completude e consistência 9.993 fichas de notificação.

Na análise de completude, os campos obrigatórios “data de nascimento” e “município de ocorrência” apresentaram classificação excelente em todo o período avaliado, com total de 99 e 99,4%, respectivamente. O único que obteve a classificação “muito ruim” foi o campo “ocupação” (28,4%). Quanto à variação percentual, o campo “hora da ocorrência” obteve crescimento de 61,5%; e “ocupação” apresentou queda de 20% na variação percentual (Tabela 3)¹⁷. Os campos “escolaridade”, “identidade de gênero”, “hora da ocorrência” e “suspeita de uso de álcool” apresentaram classificação ruim.

Para os campos com informações sobre a população LGBTQIAPN+ a opção “não se aplica” deve ser considerada apenas para casos de pessoas atendidas menores de 10 anos. Entretanto, o presente estudo observou 450 notificações de maiores de 10 anos com “não se aplica” assinalado no campo orientação sexual e 4.421 no campo identidade de gênero. Já ao se considerar apenas preenchimentos válidos e excluindo-se os menores de 10 anos, constatou-se 1,3% de travestis e transexuais em situação de violência dentre todas as notificações incluídas.

A avaliação da consistência apresentou classificação excelente em cinco das comparações realizadas. As variáveis “tipo de violência sexual — pornografia infantil versus idade” e “gestante versus sexo e idade” apresentaram as melhores médias, com 100% de consistência. Apenas a relação entre as variáveis “lesão autoprovocada versus número de envolvidos” apresentou classificação regular, com resultado médio de 79,3%. No entanto, observou-se variação percentual positiva no período, com 34,2% de aumento (Tabela 4)¹⁶.

Tabela 3. Percentual e classificação da completude de campos da ficha de notificações de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Fortaleza, 2015 a 2018 (n=9.993).

Campo	2015	2016	2017	2018	2015–2018	Classificação [†]	Variação percentual [‡] %	
	%	%	%	%	%			
Data de nascimento*	98,1	98,5	99,0	99,6	99	Excelente	1,5	↑
Município de ocorrência*	99,6	99,4	98,8	99,8	99,4	Excelente	0,2	↑
Raça/cor	75,1	90,2	90,3	96,7	90,4	Bom	28,8	↑
Nome da mãe	98,2	97,7	98	89,8	94,7	Bom	-8,6	↓
Local da ocorrência*	91,9	91,7	91,9	94,7	93	Bom	3	↑
Gestante*	87,5	89,7	88,8	89,8	89,2	Regular	2,6	↑
Situação conjugal	81,2	85,2	82,4	90,9	86,2	Regular	11,9	↑
Orientação sexual	63,9	73,7	71,2	84	75,7	Regular	31,5	↑
Deficiência/transtorno	56,4	70,6	61,8	80,3	70,3	Regular	42,4	↑
Bairro	85	68	66,1	83,4	76,4	Regular	-1,9	↓
Ocorreu outras vezes	61,6	74,6	70,1	82,1	74,5	Regular	33,3	↑
Essa violência foi motivada por [§]	70,4	69	76,3	88,9	78,8	Regular	26,3	↑
Número de envolvidos	80,8	86,9	87,9	91,9	88,2	Regular	13,7	↑
Sexo do provável autor da violência*	80,6	86,5	86,4	91	87,3	Regular	12,9	↑
Escolaridade	58,9	65,9	62,6	76,4	68,3	Ruim	29,7	↑
Identidade de gênero	59,3	63,6	63,7	76,2	68	Ruim	28,5	↑
Hora da ocorrência	38,2	47	54	61,7	53	Ruim	61,5	↑
Suspeita de uso de álcool	50	60,9	54,3	70,9	61,7	Ruim	41,8	↑
Ocupação	31,5	32,9	27,3	25,2	28,4	Muito ruim	-20	↓

*Campo obrigatório; [†]Classificação referente ao período 2015–2018¹⁷; [‡]Variação percentual do período comparando ano inicial e final.

Tabela 4. Percentual e classificação de consistência entre variáveis analisadas da ficha de notificações de violência interpessoal/autoprovocada registradas no Sinan. Fortaleza (CE), 2015 a 2018 (n=9.993).

Variáveis analisadas	2015 n=1.576	2016 n=2.222	2017 n=2.198	2018 n=3.997	2015–2018 n=9.993	Classificação*	Variação percentual [‡] %	
	%	%	%	%	%			
Violência sexual versus tipo de violência sexual	83,3	90,7	92,3	91,5	90,3	Excelente	9,8	↑
Tipo de violência sexual – pornografia infantil versus Idade	100	100	100	100	100	Excelente	0	-
Sexo do autor da agressão versus vínculo com a pessoa agredida	94,2	96,2	96,3	98,0	96,8	Excelente	4	↑
Gestante versus Sexo e Idade	100	100	100	100	100	Excelente	0	-
Lesão autoprovocada versus vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	96,6	95,2	97,6	98,5	97,1	Excelente	1,9	↑
Lesão autoprovocada versus nº de envolvidos	63,9	76,1	81,8	85,8	79,3	Regular	34,2	↑

*Classificação referente ao período 2015–2018¹⁶; [‡]Variação percentual do período comparando ano inicial e final.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram aumento das notificações e do número de unidades notificadoras e a melhoria da qualidade entre 2015 e 2018. Observou-se redução do número de inadequações ao objeto de notificação; aumento da completude, exceto para a variável “ocupação”; e melhoria da consistência dos dados, em que apenas uma das relações avaliadas obteve classificação regular. Todavia, foi possível observar o aumento gradual da consistência ao longo do período estudado.

Avaliar a qualidade das notificações requer uma investigação ampliada, e o presente estudo limitou-se a averiguar o panorama geral acerca das notificações do município de Fortaleza, não sendo possível avaliar todas as dimensões da qualidade, como a confiabilidade, validade e cobertura. No entanto, os resultados obtidos podem orientar as ações do município de forma mais específica e fortalecer o processo de notificação com qualidade.

Os critérios iniciais para avaliação da qualidade foram a adequação ao objeto de notificação e a presença de duplicidade. A análise da duplicidade foi dificultada por erros de digitação nos campos “nome” e “data de nascimento”, bem como pela ausência de preenchimento. Foram observadas durante a análise algumas falhas recorrentes, por exemplo, as múltiplas notificações de gestantes menores de 14 anos, que em alguns casos foram notificadas na primeira consulta, durante a gestação e no momento do parto. Situações como essa impossibilitam determinar casos de duplicidade real ou não. Essas ocorrências precisam ser filtradas e corrigidas em nível local, onde é possível adotar medidas para correção de eventuais discordâncias.

Na análise de completude foram identificados campos de preenchimento obrigatório com classificação regular, como a variável “gestante”. A análise mostrou o uso indiscriminado da opção “ignorado”, porém, trata-se de uma variável de grande relevância, que não pode ser desconsiderada. A violência durante a gestação está associada a graves riscos, para a mulher e a criança, como infecção do trato urinário, parto prematuro e baixo peso ao nascer²⁵⁻²⁷. Outro estudo, realizado em Dessie, na Etiópia, em 2019, mostrou que mulheres que sofreram violência psicológica têm probabilidade 6,5 vezes maior de desenvolver depressão pós-parto, em comparação a mulheres que não sofreram violência⁷.

Outra ocorrência preocupante foi a incompletude da variável “ocupação”, com apenas 28,4% dos campos preenchidos. A ausência dessa informação inviabiliza a identificação de quais ocupações estão mais expostas a situações de violência, além de prejudicar a tomada de decisão e a implementação de estratégias para coibir ações violentas relacionadas ao trabalho. É válido destacar que um possível fator para essa incompletude é a dificuldade do profissional notificante em categorizar a ocupação, tendo em vista que deve ser preenchida em consonância com a classificação brasileira de ocupações.

Ainda com relação à dimensão da completude, vale destacar o preenchimento dos campos que visam captar informações sobre a população LGBTQIAPN+. Mesmo sendo campos de preenchimento obrigatório, “orientação sexual” e “identidade de gênero” não apresentaram bons resultados. As vulnerabilidades e ordens sociais de violência sob as quais esse público está submetido requerem evidenciar o agravo nos SIS oficiais e minimizar sua invisibilidade²⁸. Contudo, a ficha de notificação de violência interpessoal apresenta limitações para esses campos ao não considerar a diversidade de formas de viver, orientações sexuais e identidades de gênero (não binários, gêneros fluidos, intersexos, pansexuais, assexuais). Além disso, as identidades que representam homens e mulheres cisgêneros não são mencionadas, podendo serem consideradas, de forma equivocada, como padrões de “normalidade” e com consequente patologização das vivências transexuais e travestis da população atendida^{28,29}.

Identidades não heteronormativas sofrem mais violência e apresentam maiores riscos para suicídio. Um estudo realizado na região do Cariri, no sul do estado do Ceará, em 2018, observou que 98,9% dos homossexuais (gays e lésbicas), bissexuais, travestis e transexuais da região entrevistados relataram já ter sofrido algum tipo de violência^{30,31}.

A sociedade espera que todos os indivíduos assumam papéis bem-definidos relacionados ao sexo e gênero e acabam por excluir um conjunto de corpos e condições de vida dissidentes³². Esses processos são replicados no âmbito da saúde com a patologização de corpos transexuais e travestis e desrespeito às suas vivências e identidades adotadas, como a não garantia do direito a serem identificados por seu nome social^{28,29}. Isso pode explicar o distanciamento dessas pessoas dos serviços de saúde e a consequente subnotificação da violência.

A consistência apresentou melhores resultados em comparação à completude, com cinco variáveis apresentando classificação excelente. Em uma avaliação realizada em Santa Catarina, em 2018, na base de dados do Sinan, foi possível verificar achado similar, porém, nesse estudo, todas as relações entre as variáveis apresentaram classificação excelente³³.

O preenchimento das fichas de notificação não pode ser visto como uma atividade meramente burocrática. Os profissionais precisam estar sensíveis à importância do preenchimento das fichas para a elaboração e avaliação de políticas públicas³³. Uma ferramenta apontada como fundamental é o feedback dado ao profissional notificante. Saber quais estratégias estão sendo implementadas e visualizar o impacto dessas notificações na realidade da população pode aumentar o senso de responsabilidade dos profissionais²⁴.

Ter a notificação fortalecida nos territórios permite o rastreamento de casos suspeitos de violência. E, a partir da identificação desses casos, é possível acionar a rede de proteção a fim de cessar o ciclo de violência no qual a pessoa atendida está inserida. É importante reforçar com os profissionais responsáveis pela notificação a importância de registrar todos os casos de violência, inclusive aqueles considerados “menos graves”, pois essa ação permite o acompanhamento da vítima pela rede de proteção. Além disso, é necessário compreender as razões apresentadas pelos profissionais para a não notificação, como a exposição dos profissionais ao agressor sem as devidas medidas de proteção, o constrangimento e a demora para o preenchimento da ficha, a alta demanda de trabalho nos serviços de saúde e a sensação de impotência dos profissionais diante dos casos³⁴. Todos esses aspectos devem ser considerados para a tomada de ações que visem o fortalecimento das notificações.

Torna-se necessário, portanto, a reflexão sobre quais os impactos que as informações obtidas através das fichas de notificação têm na realidade da população. Essa discussão precisa ultrapassar o campo burocrático e se inserir no cotidiano dos profissionais de saúde. O processo de qualificação dos dados é uma tarefa que exige trabalho periódico e sistemático e, portanto, investimento em profissionais capacitados, tecnologia e educação permanente. Diante disso, o apoio institucional torna-se imprescindível nesse processo para prezar pela qualidade da informação.

O estudo observou melhora na qualidade dos dados notificados, considerando as dimensões da adequação ao objeto de notificação, duplicidade de registros e consistência. A análise de completude apresentou classificação regular, embora aponte crescimento no período avaliado. Com base nesses resultados podemos identificar fragilidades presentes nos registros de violência. É importante ressaltar que a avaliação da qualidade dos bancos de dados deve ser um trabalho contínuo, pois a sociedade e os territórios estão em constante modificação.

CONCLUSÃO

O estudo observou melhora na qualidade dos dados notificados, considerando as dimensões da adequação ao objeto de notificação, duplicidade de registros e consistência. Apenas a análise de completude apresenta classificação regular, embora aponte crescimento no período avaliado.

O processo de qualificação dos dados é uma tarefa que exige trabalho periódico e sistemático e, por tanto, investimento em profissionais capacitados, tecnologia e educação permanente. Diante disso, o apoio institucional torna-se imprescindível nesse processo para prezar pela qualidade da informação. Os gestores dos serviços de saúde e das secretarias municipais utilizam os dados para direcionar políticas públicas e por isso é necessário que esses sejam confiáveis e que reflitam de forma fidedigna a realidade dos territórios.

Ao observar os registros é possível acompanhar casos recorrentes de violência. Situações que iniciam na infância e percorrem por toda a vida dos sujeitos, refletidas em diferentes tipos de violência. Dessa forma, ao analisar esses dados é possível testemunhar trajetórias de vida marcadas pela violência.

A notificação da violência e análise nos sistemas de informação em saúde é importante para fortalecer a noção de que o agravo é de interesse da saúde pública, o que muitas vezes é negligenciado pelos profissionais. Ter a notificação fortalecida nos serviços dos territórios proporciona a identificação dos casos suspeitos e confirmados e a consequente atuação da saúde em finalizar o ciclo de violência em que a pessoa atendida está inserida e articular a rede de proteção para o enfrentamento do problema.

Torna-se necessário, portanto, a reflexão sobre quais os impactos que as informações obtidas através das fichas de notificação têm na realidade da população. Essa discussão precisa ultrapassar o campo burocrático e se inserir no cotidiano dos profissionais de saúde. Pois, a identificação desses casos de violência na fase inicial permite que sejam traçadas estratégias que atuem na proteção de pessoas em situação de vulnerabilidade.

Além disso, o presente estudo visa estimular o fortalecimento da notificação com qualidade e trazer para esse processo todos os envolvidos: usuários, equipamentos sociais dos territórios e rede de proteção social em articulação com o cuidado em saúde, profissionais e gestores dos serviços de saúde, gestores e técnicos de vigilância em saúde dos municípios, dentre outros atores importantes para esse processo. Dessa forma, o aprofundamento das análises feitas e observância da metodologia utilizada pode ser importante para fomentar a reprodução de novos estudos em outros municípios e estados brasileiros.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JVF: Administração do projeto, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Validação, Visualização. FVAO: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os conjuntos de dados gerados e/ou analisados durante o estudo estão publicamente disponíveis Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Gregoli R, Silva RV, Ribeiro HM. Desafios para o acesso e sistematização dos dados de violência contra as mulheres no Brasil: a experiência de implantação do observatório da mulher contra a violência [Internet]. Boletim Legislativo nº 70. Brasília: Senado Federal; 2018 [citado 2020 set 15]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/540531/BLeg_70.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2020 nov 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2017 [citado 2020 nov 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>
5. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):2007-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>
6. World Health Organization. World report on violence and health [Internet]. Geneva: World Health Organ; 2002 [citado 2020 nov 18]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67403/a77019.pdf>
7. Necho M, Belete A, Zenebe Y. The association of intimate partner violence with postpartum depression in women during their first month period of giving delivery in health centers at Dessie town, 2019. Ann Gen Psychiatry. 2020;19:59. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00310-6>
8. Srivastava S, Muhammad, T. Violence and associated health outcomes among older adults in India: a gendered perspective. SSM Popul Health. 2020;12:100702. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100702>
9. Magalhães JRF, Gomes NP, Mota RS, Santos RM, Pereira A, Oliveira JF. Repercussões da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180228. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0228>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2001 [citado 2020 dez 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2020 nov 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
12. Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência. Nota Técnica 03/2020. Homicídios contra crianças menores de seis anos no Ceará: média mensal cresce 3,7 vezes em 2020 [Internet]. Fortaleza: Assembleia Legislativa do Estado do Ceará; 2020 [citado 2020 dez 17]. Disponível em: <https://cadavidaimporta.com.br/wp-content/uploads/2020/10/2020-10-09-nota3.pdf>
13. Medeiros CN, Carvalho JR, Oliveira VH. Violência, desenvolvimento e demografia: uma análise espacial para a cidade de Fortaleza em anos recentes. In: Encontro Economia do Ceará em Debate [Internet]. Fortaleza, Ceará. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará; 2016 [citado 2020 nov 28]. Disponível em: http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/2015/trabalhos/artigo_violencia_demografia_idh.pdf
14. Santiago ACRS. Espacialização da criminalidade: um estudo sobre a relação entre densidade demográfica e violência em Manaus, AM [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2016.
15. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2019 [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2019 [citado 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>
16. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cad Saúde Pública. 2013;29(9):1805-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil – 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
18. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad Saude Pública. 2009;25(10):2095-109. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>
19. Páscoa FRB, Gonçalves NA, Magalhães AMBC, Gurgel SCV, Filizola LRM, Farias CMNE. Análise da consistência dos bancos de dados das arboviroses em uma Unidade de Saúde em Fortaleza-CE. R Saúd Digi Tec Edu. 2018;3(4):18-31.
20. Coelho ACVD, Silva LMS, Neves AVP, Sousa SMO, Medina LLG. Analysis of notifications of repeat violence in women in the state of Ceará-Sinan, 2014-2019. Res Soc Dev. 2021;10(14):e411101422178. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22178>
21. Ferreira IS, Moreira KAP, Rodrigues FAC, Oliveira JM, Melo TP, Meireles CGR. Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita em uma maternidade de Fortaleza-CE. Cadernos ESP. 2019;12(2):9-17.
22. Minayo MCS. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. In: Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 83-107.
23. 23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 nov. 20]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf
24. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. Epidemiol Serv Saúde. 2014;23(1):131-42. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>
25. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):701-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>
26. Mahenge B, Stöckl H, Mizinduko M, Mazalale J, Jahn A. Adverse childhood experiences and intimate partner violence during pregnancy and their association to postpartum depression. J Affect Disord. 2018;229(1):159-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.036>
27. Martin-de-Las-Heras S, Velasco C, Luna-Del-Castillo JD, Khan KS. Maternal outcomes associated to psychological and physical intimate partner violence during pregnancy: a cohort study and multivariate analysis. PLoS One. 2019;14(6):e0218255. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218255>
28. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(8):2517-26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14362015>

29. Rocon PC, Zamboni J, Sodré F, Rodrigues A, Roseiro MCFB. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. *Saude Soc.* 2017;26(2):521-32. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171907>
30. Parente JS, Moreira FTLS, Albuquerque GA. Violência física contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do nordeste brasileiro. *Rev Salud Pública.* 2018;20(4):445-52. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.62942>
31. Johns MM, Lowry R, Rasberry CN, Dunville R, Robin L, Pampati S, et al. Violence victimization, substance use, and suicide risk among sexual minority high school students – United States, 2015–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(43):1211-5. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6743a4>
32. Butler JP. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
33. Delziovo CR, Bolsoni CC, Lindner SR, Coelho EBS. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(1):e20171493. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100003>
34. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(9):1805-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>