

Vigilância da Violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2014 a 2017)¹

Bruna Vargas Cunda¹, Daniel Canavese¹, Jeferson Pinheiro¹, Julio Ostroski¹, Lara Yelena Werner Yamaguchi¹, Martha Reus¹, Sabrina Ribeiro¹, Maurício Polidoro², Jaqueline Oliveira Soares³, Jessica Camila de Sousa Rosa³, Iuday Gonçalves Motta³, Guilherme de Sousa Muller³, Poala Vettorato³, Nathaniel Pires Raymundo³, Carlos Roberto Goes³, Andrea Volkmer⁴, Márcia Fell⁴.

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Instituto Federal do Rio Grande do Sul

³ Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

⁴ NVDANT/ DVE/CEVS/SES/RS

E-mail: daniel.canavese@ufrgs.br

INTRODUÇÃO

A violência sempre esteve presente na vida humana, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde (2015, p. 5):

[...] como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Diante da complexidade que cerca a questão da violência, é comum que a pessoa que se encontra nesta situação sinta medo, vergonha e/ou culpa, sendo de extrema importância que a pessoa em tal condição tenha os seus direitos básicos garantidos. Essas prerrogativas passam pelo acolhimento, o cuidado e a atenção de uma equipe de profissionais capacitados.

A Notificação da Violência Interpessoal e Autoprovocada está prevista em diversas Normativas do Ministério da Saúde e faz parte da linha de cuidado e atenção da pessoa em situação de violência. Assim, em 2009, a notificação de acidentes e de violências passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) permitindo a maior acessibilidade e a análise das informações. Nesse momento, o Ministério da Saúde para qualificar a notificação e as informações publicou o Instrutivo VIVA (BRASIL, 2015) com orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Dessa forma, este texto tem como objetivo analisar a qualidade da informação relacionada à violência no estado do Rio Grande do Sul, com enfoque na população negra, indígena, de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) e em situação de rua. A metodologia utilizada foi a de estudo descritivo dos casos notificados no SINAN entre 2014 e 2017 o que totalizou 76.478 casos de violência.

¹ Essa versão será publicada no Boletim Epidemiológico (RS), v. 20, n. 1-2 mar./jun., 2018.

O DEVER DE NOTIFICAR

O objeto da notificação de acordo com o Instrutivo VIVA (BRASIL, 2015) são homens e mulheres em todos os ciclos de vida quando a violência é doméstica (intrafamiliar), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal, tortura e LGBTfobia. Já nos demais casos de violência comunitária (extrafamiliar) devem ser notificados somente quando ocorrerem contra crianças, adolescentes, pessoas idosas, indígenas, pessoas com deficiência e população LGBT. Dessa forma, não há o preenchimento da ficha quando a vítima é pessoa do sexo masculino, adulta (de 20 a 59 anos) e não pertencente à população indígena, à população LGBT, ao grupo das pessoas com deficiência, e, além disso, quando a violência for extrafamiliar, a mesma não se enquadra em violência sexual, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal, tortura e LGBTfobia.

Sobre a compulsoriedade do preenchimento da ficha do SINAN, percebe-se que a lista de notificação compulsória em vigor é a da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. (BRASIL, 2017).

Salienta-se que a notificação é obrigatória a todos os profissionais de saúde, gestores, auxiliares e responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de ensino e de saúde. Além disso, no Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) se observa que o crime de omissão de notificação de doença estabelece pena de detenção e multa para o médico que deixar de notificar doença cuja notificação é compulsória (art. 269 do CPB), sendo estendido aos demais profissionais aquelas situações de notificação compulsória. Adicionalmente, o profissional do serviço público que deixa de notificar ou deixa de realizar as perguntas obrigatórias para o preenchimento da ficha se enquadra no crime de prevaricação, conforme dispõe o artigo 319 do Código Penal Brasileiro que indica que *retardar ou deixar de praticar, indevidamente, ato de ofício, ou praticá-lo contra disposição expressa de lei, para satisfazer interesse ou sentimento pessoal: pena - detenção, de três meses a um ano, e multa.*

O profissional ao preencher a ficha do SINAN não pode alegar a objeção de consciência, pois essa somente pode ser recorrida quando há a recusa de profissionais de saúde ao dever de assistência por razões morais (DINIZ, 2013), (sendo usada para justificar a não realização de algum procedimento médico, não se constitui, portanto, como superior a uma política pública) melhorar a frase.

Um dos argumentos utilizados para o não preenchimento da ficha é que os profissionais (da saúde, da educação, do conselho tutelar) estão em condições de vulnerabilidade ao efetuar o registro por tratar-se de situações de violência. Entretanto, a ficha não dispõe a obrigatoriedade de constatação do nome do profissional que a preencheu, possibilitando a completude da notificação em momento posterior, no departamento ou centro de Vigilância em Saúde do município.

A COMPLETUDE DOS DADOS

É de extrema importância que se analise a qualidade dos dados obtidos no SINAN, pois é a partir dos mesmos que o monitoramento das situações de violências (interpessoal e autoprovocada) é possível, bem como possibilitar o mapeamento das populações em risco, subsidiando o planejamento e a tomada de decisões, a definição de estratégias de ações específicas tornando o serviço público mais eficiente e menos oneroso. Essa qualidade depende de fatores internos (qualidade do programa de computador e a capacitação dos profissionais envolvidos) e externos (assistência à saúde da população) (FELIX *et al.*, 2012). Dessa forma, a

completude é um importante atributo do Sistema de Vigilância em Saúde Pública para que seja verificada sua qualidade. (WHO, 2006).

A completude se refere à proporção de casos notificados apropriadamente para as autoridades de saúde, no que concerne ao registro de todas as variáveis previstas no formulário de coleta. Assim, a qualidade dos dados foi representada pelo atributo completude, mediante a avaliação das variáveis essenciais (“raça/cor”) e das variáveis obrigatórias (“sexo”, “orientação sexual”, “identidade de gênero” e “essa violência foi motivada por”) das fichas de notificação. Estabeleceu-se o grau de preenchimento das variáveis conforme valores válidos e não válidos (campo do dado ignorado, vazio ou sem preenchimento). O atributo foi classificado de acordo com a literatura científica existente (SILVA *et al.*, 2018): excelente (90% ou mais dos registros preenchidos), bom (70 a 89% dos registros preenchidos), regular (50 a 69% dos registros preenchidos) ou ruim (0 a 49% dos registros preenchidos).

Nos anos de 2014 a 2017 foram notificados no SINAN 76.478 casos de violência (interpessoal e autoprovocada), com o seguinte número de notificações anuais:

Tabela 1 – Total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada, de 2014 a 2017, no Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

Ano	2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Notificações	17.197	22,49%	18.175	23,77%	18.017	23,56%	23.089	30,19%	76.478	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

O Instrutivo VIVA² para a análise da completude do quesito raça/cor orienta o preenchimento do “*quadriculo com o código correspondente, à cor da pele, à raça ou à etnia declarada pela pessoa atendida/vítima*”, podendo ser *branca, preta, amarela, parda ou indígena*. A coleta desse quesito é de extrema importância, pois identificar o indivíduo envolve o trato com as informações relevantes a respeito de como nascem, crescem, vivem e morrem. Essas informações estão intimamente ligadas à identidade racial, tendo maior vulnerabilidade a população negra³ (pretos e pardos) e os indígenas, ao considerarmos o histórico colonial brasileiro.

De acordo com o Atlas da Violência de 2018 (CERQUEIRA *et al.*, 2018) a taxa de homicídios entre a população negra de 2006 a 2016, teve um crescimento de 23,1% enquanto a taxa entre os não negros teve uma redução de 6,8%. Já a taxa de homicídios de mulheres negras atingiu 71% superior à de mulheres não negras. No mesmo Atlas, verifica-se que, entre o período supramencionado, o número de mulheres indígenas mortas no país foi de 98, o que demonstra o acúmulo de opressões e violências que os povos indígenas sofrem, além de retratar uma correlação entre a violência, a condição sociocultural, o gênero e a raça/etnia vivenciada cotidianamente por tais grupos vulneráveis.

É fundamental que os profissionais não apenas saibam como reconheçam a importância do preenchimento da raça/cor em todos os instrumentos de coletas de dados adotados pelos serviços de saúde no intuito de expor as iniquidades produzidas historicamente pela escravidão. Referente à completude desse quesito, percebe-se que o dado pode ser classificado como excelente, por ter sido preenchido com dados válidos em mais de 90% das fichas no período analisado como pode ser observado na figura 1.

² Campo obrigatório aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, conforme art. 1, Portaria nº 344/2017.

³ Segundo o Estatuto da Igualdade Racial- Lei 12.288 (BRASIL, 2010), considera-se população negra o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga.

Figura 1 - Completude da raça/cor na violência interpessoal e autoprovocada, de 2014 a 2017, no Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

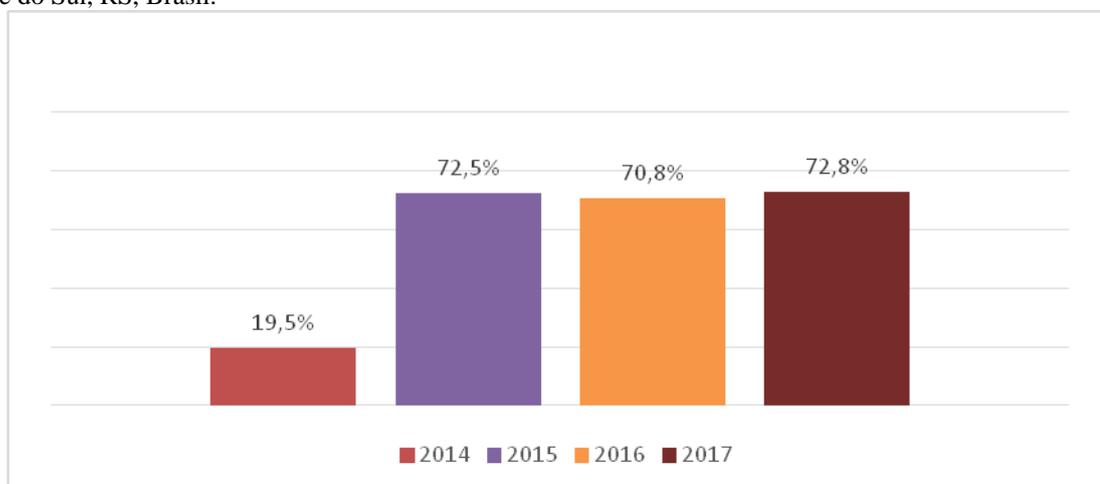


Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Para análise da completude do quesito “orientação sexual” (*heterossexual, homossexual, bissexual e não se aplica*) e da “identidade de gênero” (*Travesti, mulher transexual, homem transexual e não se aplica*) é necessário que se compreenda que a violência dirigida a essa população não é um fenômeno recente na história. Atualmente, a denominação das violências sofridas pela população LGBT é a homofobia (quando contra gays), lesbofobia (quando contra lésbicas), bifobia (quando contra pessoas bissexuais) e transfobia (quando contra transexuais e travestis). Salienta-se que os dados da violência sofrida pela população LGBT no Brasil não refletem a realidade deste grupo, já que a LGBTfobia não se constitui de crime e, com isso, não computa especificamente dados estatísticos da segurança pública (como os crimes cometidos contra a população negra, contra crianças, idosos, indígenas e deficientes). Portanto, não se tem acesso a esses dados em registros policiais, somente pelo SINAN, que apenas em outubro de 2014 incluiu na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (versão 5.0) os campos para o registro de informações referentes a *nome social, orientação sexual, identidade de gênero* e *motivação* – o que possibilitou relacionar os casos notificados às situações de homo/lesbo/trans/bifobia.

Ao observarmos a figuras 2 com resultados referentes à completude do campo “Orientação Sexual” o estado do Rio Grande do Sul teve o seu melhor desempenho no preenchimento no ano de 2017 alcançando 72,8% das fichas. A completude desse campo no geral é classificada como “bom”, pois está dentro do intervalo 70 a 89%.

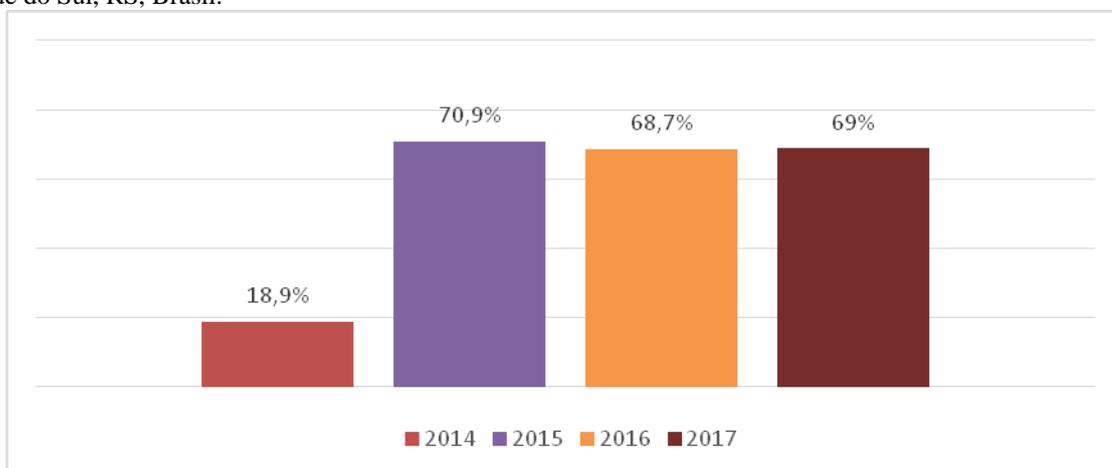
Figura 2 - Completude da orientação sexual na violência interpessoal e autoprovocada, de 2014 a 2017, no Rio Grande do Sul, RS, Brasil.



Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Ao observarmos a figura 3 os resultados referentes à completude do campo “Identidade de gênero”, o estado do Rio Grande do Sul teve o seu melhor desempenho no preenchimento do campo ao atingir 70,9% em 2015. A completude nos anos de 2016 e 2017 indica um preenchimento considerado como “Regular”.

Figura 3 - Completude da identidade de gênero na violência interpessoal e autoprovocada, de 2014 a 2017, no Rio Grande do Sul, RS, Brasil.



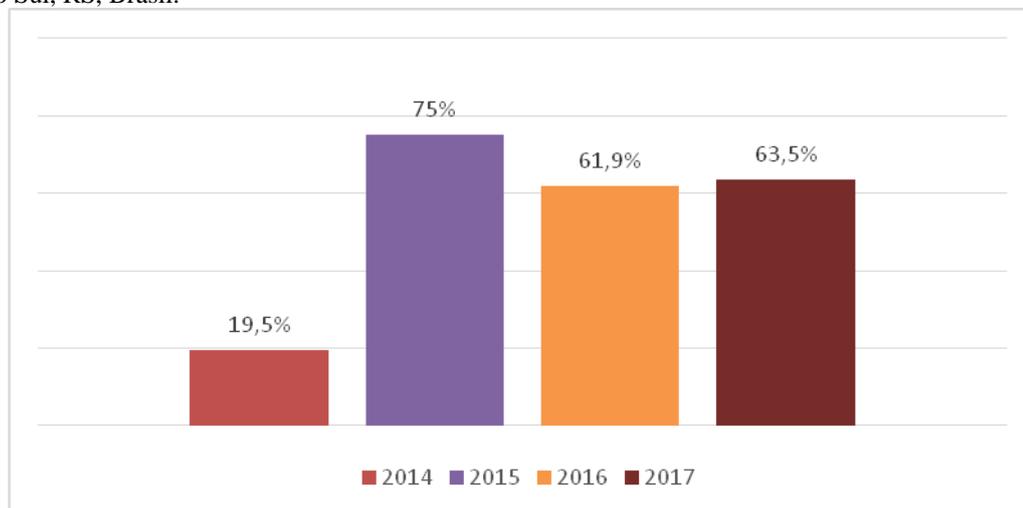
Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Do total de 76.478 fichas de notificação da violência geradas no período de outubro de 2014 (quando se incluiu os campos referentes à “orientação sexual” e “identidade de gênero”) a dezembro de 2017, 983 fichas (1,3%) foram preenchidas com os campos *homossexual (gays e lésbicas)*, e *bissexual*. Aquelas completadas com as opções *Travesti*, *Mulher Transexual* e *Homem Transexual* do campo “identidade de gênero” totalizaram apenas 577 registros (0,8%).

No campo relativo a “Essa violência foi motivada por”, que possui as opções de *sexismo*, *Homo/Lesbo/Bi/Transfobia*, *racismo*, *intolerância religiosa*, *xenofobia*, *conflito geracional*, *situação de rua*, *deficiência*, *outros* e *não se aplica* se constatou o desempenho “bom” em 2015

com 75% de preenchimento, mas o mesmo caiu para “regular” nos anos de 2016 e 2017, pois sua completude não chegou a 70% em ambos os anos, como pode ser observado na figura 4.

Figura 4 - Completude da motivação da violência na violência interpessoal e autoprovocada, de 2014 a 2017, no Rio Grande do Sul, RS, Brasil.



Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Referente a esse campo, observa-se que é o único da ficha em que podemos identificar quando a vítima é uma pessoa em situação de rua, a qual é compreendida como o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009). Uma das dificuldades que a população em situação de rua enfrenta no exercício da cidadania é a de obter registro nos sistemas públicos em função da falta de endereço e, circunstancialmente, de documentos formais de identificação. Esse problema pode ser sanado ao colocarmos como endereço o serviço da rede socioassistencial que a pessoa tenha como referência ou, na ausência deste, o endereço da instituição de acolhimento indicada (BRASIL, 2011).

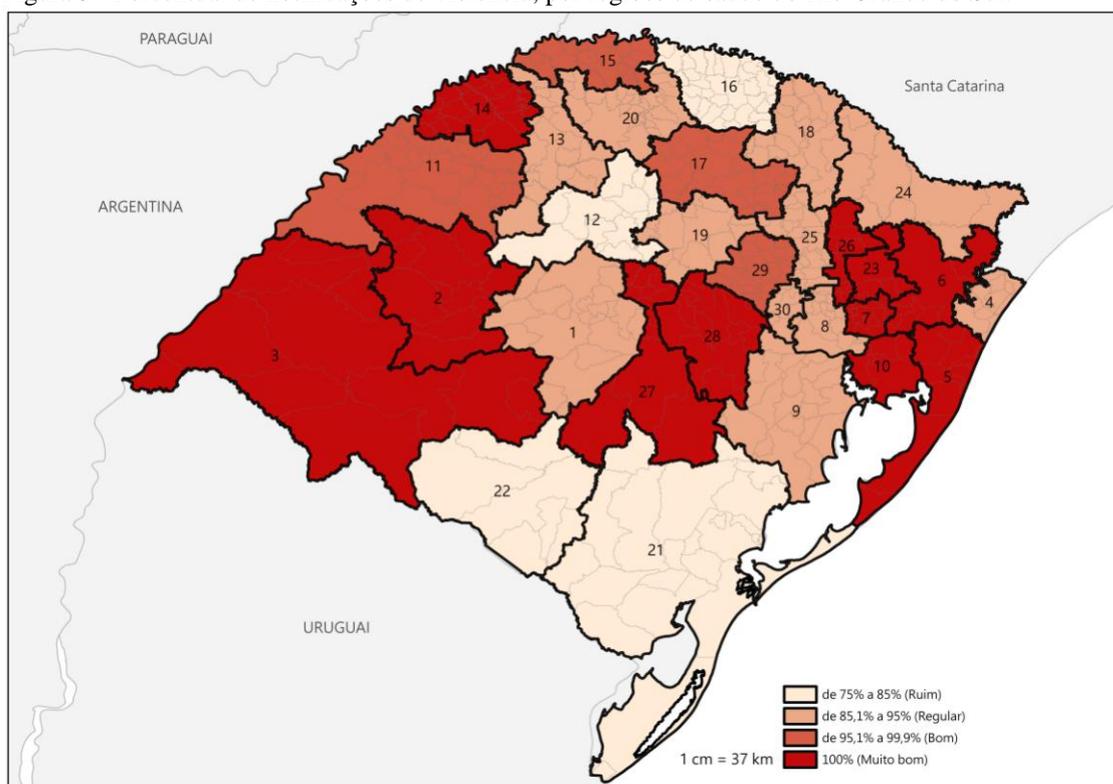
A partir dos dados apresentados observa-se que as notificações de violência da população em situação de rua correspondem a 899 fichas (1,2%). Entretanto, cabe acrescentar que a partir o campo “Observações adicionais” da ficha de notificação foram registrados diversos acometimentos indicando ocorrências que não se deram com pessoas em situação de rua, mas sim com pessoas que estavam no espaço da rua no momento dos fatos.

É importante sublinhar que o ano de 2014 não está sendo levada em conta na análise da completude dos campos “Orientação Sexual”, “Identidade de Gênero” e “Motivação da Violência” na sua totalidade, já que foi no segundo semestre do referido ano que se deu a implementação de tais campos.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA

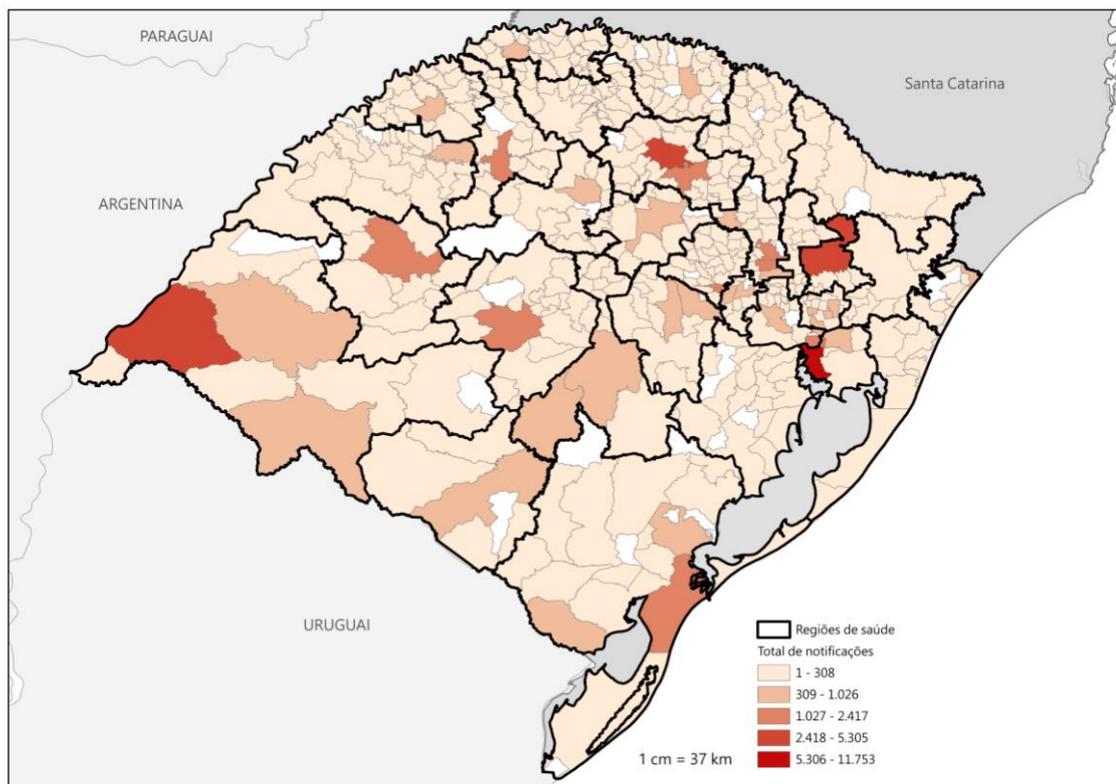
Para melhor compreender a distribuição geográfica das notificações de violência nos limites das regiões de saúde do Rio Grande do Sul foram criadas quatro classes de intervalo de qualificação, que indicam o número de municípios da região que notificaram no período de 2014 a 2017 dividido pelo total de municípios que notificaram ou não da região no período de 2014 a 2017, sendo de 75% a 85% considerado ruim; de 85,1% a 95% considerado regular; de 95,1% a 99,9% atribuído como bom e 100% como muito bom mapeadas na figura 5. No estado, observa-se que regiões como Sul (21), Pampa (22), Portal das Missões (12) e Alto Uruguai Gaúcho (16) despontam com os piores desempenhos. Este panorama auxiliará na próxima etapa do projeto em execução como mencionado no início do texto, que tratará de ações de qualificação de profissionais da saúde para notificação no SINAN. Em relação ao total de notificações (valores absolutos), os destaques de melhor desempenho ficam com a capital, Porto Alegre, Caxias do Sul e Uruguaiana (figura 6).

Figura 5 - Percentual de notificações de violência, por regiões de saúde do Rio Grande do Sul.



Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS. Organização do mapa: Maurício Polidoro.

Figura 6 - Total de notificações de violência interpessoal/autoprovocada, por municípios do Rio Grande do Sul, 2014-2017.



Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS. Organização do mapa: Maurício Polidoro.

CONCLUSÃO

Este boletim epidemiológico buscou apresentar um breve panorama da situação da qualidade e da quantidade da informação sobre violência interpessoal e autoprovocada no SINAN no estado do Rio Grande do Sul. Este foi um dos primeiros resultados de um projeto fomentado pelo CNPq/SES-RS através do edital PPSUS 2017 e trata-se de um estudo inédito desta magnitude no país que deve colaborar com as ações de qualificação dos profissionais da saúde do estado e, como consequência, a melhoria e a otimização do Sistema Único de Saúde. O esforço interinstitucional aqui empreendido, ao envolver técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul e pesquisadores de instituições públicas de ensino indica a importância da colaboração qualificada em rede na busca de minimizar as iniquidades que assolam gaúchos e gaúchas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro, p. 38, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 246, p. 16, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, de 21 jul. 2010. PL 6264/2005. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2010/lei-12288-20-julho-2010-607324-publicacaooriginal-128190-pl.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria da Consolidação nº 4, de 28 setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 13 maio. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 177, de 16 de junho de 2011. Define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, revoga a Portaria nº 376, de 16 de outubro de 2008, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 146, 20 jun. 2011. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/portarias/2011/portaria_177_consolidada.pdf. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIVA**: Instrutivo Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* (coord.). **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: IPEA/FBSP, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 10 ago. 2018.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010913>.

FELIX, Janaina Daumas *et al.* Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 945-953, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400016>. ISSN 1413-8123 versão *online*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014. *In: Núcleo de Estudos da Violência*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015. p. 5.

SILVA, Nayara Messias da. *et al.* Vigilância de Chikungunya no Brasil: desafios no contexto da Saúde Pública. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. 1-10, set. 2018.

WHO. World Health Organization. **Communicable disease surveillance and response systems: guide to monitoring and evaluating**. Geneva: WHO, 2006.

Palavras-chave: Afrodescendente. Homofobia. LGBT. Minorias Sexuais e de Gênero. População Indígena. Pessoas em Situação de Rua. Populações Vulneráveis. Violência. Racismo. Sistemas de Informação em Saúde. SINAN. Rio Grande do Sul. Vigilância Epidemiológica.