



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

NADYRA MORAES IRINEU

E AGORA, QUEM PODERÁ NOS DEFENDER?:

A vigilância de violências no município do

Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

NADYRA MORAES IRINEU

E AGORA, QUEM PODERÁ NOS DEFENDER?:

A vigilância de violências no município do
Rio de Janeiro

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

NADYRA MORAES IRINEU

E AGORA, QUEM PODERÁ NOS DEFENDER?:

A vigilância de violências no município do
Rio de Janeiro

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 28 de novembro de 2024.

Prof.^a Dra. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (Orientadora)
IESC/UFRJ

Dra. Valéria Saraceni
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Dra. Debora Medeiros de Oliveira e Cruz
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Antonio José Leal Costa
IESC/UFRJ

Dedico este trabalho enquanto tributo à arte da adaptação aos valiosos companheiros que estiveram ao meu lado ao longo deste percurso. Que a lembrança desses tempos desafiadores permaneça como um delicado testemunho de nossa capacidade coletiva de superação.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de manifestar minha profunda gratidão a todos que, de diferentes formas, contribuíram para a realização deste trabalho e estiveram ao meu lado ao longo desta jornada.

Ao meu companheiro, Márcio Machado Pontes, registro meu eterno agradecimento pela inspiração constante e pelo apoio incondicional que foram fundamentais para a concretização deste percurso.

À minha família, com especial reconhecimento à minha mãe, Wanda Lúcia Irineu, e aos meus tios, Vera Lúcia Irineu, Wilma Regina Irineu e Waldeci Irineu, por sua presença constante e encorajamento em cada etapa desse processo.

À minha sogra, Elizabeth Machado, agradeço pelo suporte e pela compreensão nos momentos de maior dedicação.

Às minhas colegas de turma, sou grata pela troca de conhecimentos e pelo estímulo mútuo que nos impulsionou a seguir em frente.

A todas as pessoas que encontrei ao longo dos diversos campos percorridos durante esses dois anos, expresso minha gratidão. Em especial, no segundo campo, às colegas Carla e Michele, por me introduzirem à vigilância do tema abordado.

Ao time do CIE, que encontrei no terceiro campo, com especial menção a Carol, Malena, Débora e Valéria, agradeço pelo incentivo, paciência e disponibilidade constantes, que enriqueceram significativamente minha trajetória.

O apoio recebido de cada uma dessas pessoas não apenas fortaleceu minha confiança, mas também foi essencial para que eu pudesse acreditar em meu trabalho e seguir adiante.

Agradeço, ainda, a Deus e aos Santos, pela oportunidade de trilhar esse caminho ao lado de pessoas tão especiais, que me incentivaram e confiaram na minha capacidade.

A cada um de vocês, que desempenhou um papel essencial nesta jornada, dedico minha mais sincera gratidão. Este trabalho é resultado de uma construção coletiva, e sua realização seria impossível sem a presença e o apoio de cada um.

RESUMO

IRINEU, Nadyra Moraes. **E agora, quem poderá nos defender?: a vigilância de violências no município do Rio de Janeiro.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A violência é um fenômeno de raízes sociais complexas, configurando-se como um dos principais desafios para a saúde pública global. Estima-se que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela seja responsável por aproximadamente 2% das mortes globais, afetando de forma significativa a qualidade de vida de milhões de pessoas. No Brasil, ocupa lugar de destaque entre as principais causas de morte, especialmente entre jovens e adultos. Nesse contexto, a vigilância em saúde emerge como uma ferramenta estratégica no monitoramento e controle da violência, sendo regulamentada por políticas como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), que estabelece diretrizes para ações preventivas e de acompanhamento. Este estudo tem como objetivo caracterizar o sistema de vigilância da violência no Município do Rio de Janeiro, com ênfase no processo de notificação. A pesquisa, de natureza qualitativa e descritiva, analisou o fluxo de notificação, os procedimentos de gestão e as discrepâncias entre as regulamentações do Ministério da Saúde e as práticas locais. Os resultados indicaram que o processo de notificação envolve a identificação de sinais pelos profissionais de saúde, o registro detalhado em fichas específicas e a inserção dos dados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Os casos são discutidos em grupos regionais e utilizados para planejar ações preventivas. Ferramentas como o Monitor Carioca contribuem no acompanhamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Entretanto, o sistema enfrenta desafios como subnotificação, sobrecarga dos profissionais de saúde, falta de padronização nos procedimentos e dificuldades na integração de dados de diferentes fontes. A melhoria desse sistema requer a capacitação contínua dos profissionais, a padronização dos instrumentos de notificação e o fortalecimento da articulação entre os níveis de gestão e setores intersetoriais, incluindo saúde, justiça, assistência social e educação. Ademais, é imprescindível fomentar a participação da comunidade por meio de conselhos e grupos de trabalho, promovendo o alinhamento das ações às necessidades locais. Conclui-se que o sistema de vigilância da violência no Município do Rio de Janeiro apresenta avanços importantes, mas ainda enfrenta limitações estruturais que comprometem sua eficácia. Investir em tecnologias de informação, integrar sistemas e aprimorar o processo de coleta e análise de dados são ações fundamentais para fortalecer a vigilância, subsidiar políticas públicas mais assertivas e promover a saúde da população.

Palavras-chave: violência; notificação; sistema de saúde; saúde pública; Rio de Janeiro.

ABSTRACT

IRINEU, Nadyra Moraes. **E agora, quem poderá nos defender?: a vigilância de violências no município do Rio de Janeiro.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Violence is a phenomenon rooted in complex social structures, standing out as one of the main challenges for global public health. According to the World Health Organization (WHO), violence accounts for approximately 2% of global deaths, significantly impacting the quality of life for millions of people. In Brazil, it ranks among the leading causes of death, particularly among young people and adults. Within this context, health surveillance emerges as a strategic tool for monitoring and controlling violence, guided by policies such as the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence (PNRMAV), which outlines preventive and follow-up measures. This study aims to characterize the violence surveillance system in the city of Rio de Janeiro, focusing on the notification process. Using a qualitative and descriptive approach, the study analyzed notification flows, management procedures, and discrepancies between the regulations of the Ministry of Health and local practices. The findings revealed that the notification process involves identifying signs by health professionals, detailed recording on specific forms, and data entry into the National System for Notifiable Diseases (SINAN). Cases are discussed in regional groups and used to plan preventive actions. Tools such as Monitor Carioca assist in tracking sexual violence against children and adolescents. However, the system faces challenges such as underreporting, overburdened health professionals, lack of standardized procedures, and difficulties in integrating data from various sources. Improving the system requires continuous professional training, standardization of notification tools, and strengthened coordination among management levels and intersectoral sectors, including health, justice, social assistance, and education. Furthermore, fostering community participation through councils and working groups is essential to align actions with local needs. It concludes that the violence surveillance system in Rio de Janeiro has made significant progress but still faces structural limitations that compromise its effectiveness. Investing in information technologies, integrating systems, and improving data collection and analysis processes are crucial steps to strengthen surveillance, support more assertive public policies, and promote population health.

Keywords: violence; notification; health system; public health; Rio de Janeiro.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Linha do tempo dos principais eventos relacionados à violência e direitos humanos no Brasil.....	22
Figura 1 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).....	31
Figura 2 - Fluxograma para a notificação e investigação de caso de violência interpessoal e autoprovocada	42
Figura 3 - Monitor Carioca.....	45
Quadro 2 - Resultados da Pesquisa sobre Violência na Plataforma Subpav	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS E POLÍTICAS ASSOCIADAS	12
2.2 ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO	27
2.3 PROCESSO DE VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS	29
2.3.1 Vigilância Sentinela - Viva Inquérito	32
2.3.2 Viva Contínuo	33
3.3.2.2 <i>Fluxo da notificação de violência interpessoal e autoprovocada segundo VIVA</i>	35
3 OBJETIVOS	36
3.1 OBJETIVO GERAL.....	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4 MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1 TIPO DE ESTUDO	37
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	37
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5 RESULTADOS	39
5.1 A VIGILÂNCIA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	39
5.2 A VIGILÂNCIA CONTÍNUA DAS VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	40
5.2.1 Captação das Violências	40
5.2.2 Notificação das Violências	42
5.2.2 Sistemas	44
5.2.2.1 <i>SINAN NET</i>	44
5.2.2.2 <i>Planilhas</i>	45
5.2.2.3 <i>Monitor Carioca</i>	45
5.3 INDICADORES	46
5.4 ANÁLISE E DIVULGAÇÃO DOS DADOS	48
6 DISCUSSÃO	51
7 CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência transcende fronteiras, manifestando-se globalmente como uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Responsável, segundo relatório da OMS, por aproximadamente 2% do número total de óbitos, resultando em mais de 1,3 milhão de casos anualmente em escala global, a violência assume o quarto lugar entre as causas mais prevalentes de mortalidade para indivíduos com idade entre 15 e 44 anos (Organização Mundial da Saúde, 2014, p. 2). Este dilema, inextricavelmente conectado à trajetória histórica da humanidade, impacta indivíduos de todas as faixas etárias, estratos socioeconômicos, identidades de gênero e origens étnico-raciais (Minayo; Pinto; Silva, 2022).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apresenta uma definição de violência como o emprego intencional da força física, do poder efetivo ou de ameaças, capaz de ocasionar lesões, óbito, traumas psicológicos, interrupção do desenvolvimento ou privações. Tais ações podem ser direcionadas a si próprio, a outros indivíduos, grupos ou comunidades. As ramificações desse fenômeno são amplas, podendo causar um impacto considerável na saúde física e mental dos envolvidos, ao mesmo tempo em que podem prejudicar a integração social desses indivíduos. A complexidade associada à sua análise emerge da intensidade desse fenômeno, cujas manifestações evocam intensas cargas emocionais para agressores, vítimas e observadores, conforme destacado por Minayo, Pinto e Silva (2022, p. 3702).

No contexto brasileiro, as etiologias externas de morbimortalidade têm-se configurado como um desafio contínuo ao longo de mais de uma década, impactando não apenas a saúde da população, mas também o Sistema Único de Saúde (SUS) e a economia nacional. Tais fatores ocupam a terceira posição entre as principais causas de morte na população em geral e ascendem à primeira posição na faixa etária de 1 a 49 anos. No ano de 2017, foram registrados 158.657 óbitos decorrentes dessas causas, o que corresponde a 12,1% do total de mortes, com um incremento de 21,1% entre 2007 e 2017. A taxa de homicídios entre os jovens aumentou 6,7 % entre 2016 e 2017, ao passo que os homicídios de mulheres tiveram um crescimento de 30,7% no mesmo período (Lima; Mascarenhas; Silva, 2022, p. 388).

Apesar da cobertura midiática direcionada para casos espetaculares, a presença desse agravo é constante nas nuances do dia a dia. Minayo (2006) salienta que, embora a violência seja frequentemente vinculada à criminalidade, sua presença persiste em diversas formas de interação cotidiana, exercendo impactos sobre a saúde em múltiplos aspectos. No entanto, as estatísticas alarmantes refletem apenas uma fração visível de um problema mais amplo, caracterizado por ocorrências graves que resultaram em óbito ou hospitalização. As modalidades de violência interpessoal e autoprovocada ainda requerem uma avaliação abrangente para uma compreensão completa de sua extensão e gravidade.

Apesar de possuir características de ordem social, a violência transcende sua esfera e encontra conexão com a saúde, podendo acarretar prejuízos ao crescimento, desenvolvimento e bem-estar físico e mental dos indivíduos, podendo inclusive desembocar em comportamento suicida (Minayo *et al.*, 2018). Isso demanda, então, do setor a implementação de ações preventivas externas para a promoção do bem-estar da sociedade. Nesse contexto, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, estabelecida pela portaria do Ministério da Saúde de 2001, respalda a atuação do Estado na prevenção das violências e de suas consequências (Brasil, 2001; Minayo; Pinto; Silva, 2022).

Por afetar diretamente a qualidade de vida da população e constituir-se como uma questão social relevante no contexto da saúde, em maio de 2001, o Brasil promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) por meio da Portaria nº 737 do Ministério da Saúde, atendendo ao chamado da OMS e da OPAS. Desde então, o agravo passou a ser objeto de vigilância e prevenção na saúde, sendo o monitoramento dessas causas essencial para embasar a formulação de políticas públicas e a implementação de ações de saúde voltadas para essa questão, com atenção especial aos grupos em situação de vulnerabilidade (Silva; Mascarenhas; Lima, 2022).

A luta contra esse fenômeno, sob a ótica da saúde, requer aprimoramento dos sistemas de atendimento, detecção, registro, intervenção e encaminhamento dos casos, bem como o desenvolvimento de estratégias de prevenção e educação. A responsabilidade pela implementação e gestão da vigilância contínua recai sobre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), incumbidas de articular e integrar os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de

direitos, proteção e justiça, além de entidades governamentais, não governamentais e o setor privado.

A apreensão da implementação da vigilância das violências em âmbito local e a documentação de seus procedimentos constituem passos primordiais para aprimorar as estratégias, identificando possíveis melhorias que possam contribuir para o referido processo. Assim sendo, o escopo deste estudo está direcionado à vigilância das violências interpessoais e autoprovocadas no município do Rio de Janeiro, almejando a caracterização do fluxo das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas na cidade. Busca-se, portanto, discernir os principais obstáculos ou eficácias no trâmite dentro do município, avaliando sua consonância com as diretrizes e práticas delineadas pelo Ministério da Saúde.

Destinada aos gestores da saúde pública, esta pesquisa procura fornecer dados que possam catalisar aprimoramentos no sistema de vigilância e facilitar uma alocação mais eficaz de recursos para a formulação de políticas públicas que estejam em sintonia com as exigências da população afetada pelo agravo, visando, desse modo, à promoção de um ambiente mais seguro e salutar para todos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Por meio da consulta aos acervos disponíveis no Scielo e em portais oficiais governamentais, procedeu-se à busca de documentos que versassem sobre o encaminhamento da comunicação relativa às violências no território brasileiro, com especial enfoque nos processos associados à vigilância epidemiológica. O estudo foi empreendido mediante a utilização das palavras-chave "Violência", "Vigilância Epidemiológica" e "Políticas de Vigilância", conjugadas por meio de operadores booleanos AND.

Os critérios de inclusão estipulados abarcaram documentos que analisassem tanto o fluxo das notificações, normas e orientações quanto à vigilância das violências no âmbito nacional quanto aqueles que abordassem políticas pertinentes ao tema. Como medida de exclusão, optou-se por afastar documentos que se debruçassem sobre o perfil epidemiológico do agravo em localidades diversas da cidade do Rio de Janeiro.

2.1 HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS E POLÍTICAS ASSOCIADAS

A evolução da vigilância das violências no território brasileiro e das políticas que a regem foi progressivamente moldada ao longo de décadas.

Por intermédio da Resolução Nº 309, datada de março de 2001, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) identificou um preocupante incremento na mortalidade decorrente de causas externas no Brasil. O texto destaca que anualmente um número significativo de vidas é ceifado, ultrapassando a soma de óbitos por doenças infectocontagiosas e superando mesmo o total de soldados norte-americanos mortos durante os doze anos de conflito na Guerra do Vietnã. Esse contexto constrange a sociedade a confrontar a realidade como uma espécie de conflito civil latente, cujas raízes estão inextricavelmente ligadas aos elevados índices de desigualdade e pobreza (Brasil, 2001).

O documento ressalta também a escassa priorização conferida pelas políticas públicas, incluindo as de saúde, à problemática da morbimortalidade decorrente do agravo. Diante dessa conjuntura, o Ministério da Saúde (MS) referendou a proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência

(PNRMAV), instituindo um Grupo de Trabalho (GT) para supervisionar a implementação dessa política nas três esferas da Gestão do SUS (Brasil, 2001).

Em maio de 2001, após um processo elaborativo que envolveu consultas a diversos setores diretamente e indiretamente relacionados à temática, o Ministério da Saúde (MS) promulgou a PNRMAV por intermédio da Portaria nº 737. Esse marco formal representou a inclusão da questão da violência na pauta do setor de saúde do país. Dentre suas diretrizes, a política preconiza o monitoramento da ocorrência de acidentes e violências, a implementação de ações de vigilância epidemiológica, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, a divulgação técnica dos dados e o estímulo às sociedades científicas para discussões acerca do tema (Brasil, 2001).

Esse acontecimento se deu treze anos após a instauração do SUS e cinco anos após a OMS destacar a relevância dessa questão durante a Assembleia Mundial de 1996 (Minayo *et al.*, 2018).

Em agosto de 2001, diante da necessidade premente de articular operacionalmente as medidas para a efetivação da PNRMAV e de integrar as instâncias gestoras do SUS, o Plenário do CNS, por intermédio da Resolução Nº 313, instituiu a Comissão Intersetorial Permanente de Trauma e Violência (CITV). O propósito primordial desta comissão consistia em coordenar ações de informação e mobilização dos Conselhos de Saúde, entidades e instituições da sociedade, visando elevar a abordagem dessa temática ao mais alto patamar de prioridade nas Políticas Públicas e de Saúde (Brasil, 2001).

No contexto evolutivo da pauta nacional, à medida que as diferentes manifestações de violência ganhavam destaque, emergiram temas proeminentes que abarcam a violência contra crianças e adolescentes, a violência de gênero, a violência contra idosos, a violência no trânsito, a violência no ambiente laboral e, mais recentemente, a violência étnica dirigida à população portadora de deficiências e à comunidade LGBT (Minayo *et al.*, 2018).

Destarte, mediante o reconhecimento das causas externas, notadamente a violência e o suicídio, como a terceira principal circunstância de óbito entre a população indígena no Brasil, o Ministério da Saúde promulga, por meio da Portaria nº 254, no mês de janeiro de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (Brasil, 2002).

No domínio da proteção à infância, a incumbência de comunicar incidentes de violência contra crianças e adolescentes foi inicialmente estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), conforme prescrito na legislação representada pela Lei nº 8.069/1990. Em 2001, o MS ratificou essa exigência por intermédio da Portaria nº 1.968, impondo a obrigação de notificação em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos (Lima *et al.*, 2020; Brasil, 1990, 2001)

Ainda no panorama normativo concernente à proteção de crianças e adolescentes, ressaltam-se a Lei 12.015/2009, que versa sobre crimes hediondos, corrupção de menores, estupro e delitos sexuais perpetrados contra indivíduos vulneráveis. Ademais, a Lei nº 13.010/2014, amplamente conhecida como Lei 'Menino Bernardo', assegura o direito inalienável das crianças e adolescentes à educação e cuidados, vedando expressamente a imposição de castigos físicos ou tratamentos cruéis e degradantes (Brasil, 2009, 2014). Nesse contexto, em 2010, visando orientar e fortalecer programas já existentes no âmbito do SUS, o MS propõe as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil, 2010).

A Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. Entre outras medidas, essa política implementa a 'Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violência' como um dispositivo orientador, visando uma ação contínua de atenção integral (Minayo *et al.*, 2018; Brasil, 2015).

Com o estabelecimento da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT) no Departamento de Análise de Situação em Saúde (DASIS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, em 2003, as ações de enfrentamento às diversas manifestações de violência passaram a adotar um enfoque mais direcionado para a vigilância e prevenção do agravo (Minayo *et al.*, 2018).

Outro tema relevante na agenda do setor é a violência contra a mulher, cujo tratamento inicial ocorreu no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. O Ministério da Saúde oficializou o PAISM por meio do documento preparado por uma comissão, intitulado 'Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática' (Osis, 1998; Brasil, 1983).

Em 2003, o Ministério promulgou a Lei nº 10.778, impondo a obrigatoriedade de notificação nos estabelecimentos de saúde, sejam estes de caráter público ou privado, nos casos de violência dirigida às mulheres (Lima *et al.*, 2020; Brasil, 2003). No ano seguinte, o PAISM foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, destacando, como uma de suas prioridades, a prestação de assistência a mulheres e adolescentes expostas à violência (Minayo *et al.*, 2018, Brasil, 2004).

A promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006) representa um paradigma no enfrentamento à violência contra as mulheres (Brasil, 2006). Adicionalmente, foram estabelecidas legislações que impõem a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher em serviços sentinela. Destacam-se, ainda, o decreto nº 7.958/2013 que delineia diretrizes para o atendimento humanizado e obrigatório às vítimas de violência sexual por profissionais da segurança pública e a promulgação da Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015), que categoriza esse tipo de homicídio como crime hediondo, dentre outros planos e programas subsequentes (Minayo, 2018; Brasil, 2006, 2013, 2015).

No ano de 2004, o Decreto nº 5.099, de 3 de junho, retoma a temática da violência contra a mulher, reconhecendo que, embora seja um problema relevante e de elevada incidência, tem pouca visibilidade social. O documento reforça a importância do registro desses casos no SUS para dimensionar o problema e suas consequências. O decreto regula a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela, normatizando, entre outras questões, a notificação compulsória dos incidentes de violência contra a mulher em todo o território nacional, atribuindo ao MS a coordenação do plano estratégico de ação para a implementação desses serviços (Brasil, 2003, 2004).

Adicionalmente, a Portaria MS/GM nº 2.406, de 5 de novembro de 2004, instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, aprovando instrumento e fluxo para notificação (Brasil, 2004). Em linha com as deliberações previamente discutidas sobre saúde e proteção da mulher, no ano de 2013 a Câmara dos Deputados promulga a Resolução nº 31, estabelecendo as competências da Secretaria da Mulher, um órgão de cunho político e institucional destinado a promover o bem-estar da comunidade feminina brasileira. A mencionada resolução visava transformar a Câmara dos Deputados em um locus privilegiado

para a discussão de temas concernentes à igualdade de gênero e à salvaguarda dos direitos das mulheres, tanto em âmbito nacional quanto internacional (Brasil, 2013).

Adentrando a esfera da saúde voltada à população idosa, o Estatuto do Idoso, revestido de força legal, foi promulgado em 2003 (Minayo, 2018). Esta legislação, formalizada como Lei nº 10.741/2003, estabelecendo a obrigação de comunicação, por parte dos profissionais de saúde, de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos (Brasil, 2003). Em 2006, o MS promulgou a portaria nº 2.528 de 19 de outubro sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecendo diretrizes para realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas (Brasil, 2006). Posteriormente, em 2011, o artigo 19 do Estatuto do Idoso foi alterado pela Lei nº 12.461, instituindo a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde (Brasil, 2011).

Em 2004, elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República e com a participação da sociedade civil, o governo instituiu o “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual” (Brasil, 2004). Esse programa consistiu em amplas recomendações aos diferentes setores do governo, visando assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação. Posteriormente, o MS apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 de 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2012).

No mês de maio de 2004, a proposta para a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde foi formalizada por meio da Portaria MS/GM nº 936. Essa iniciativa visava implementar os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em nível local, conforme estabelecido na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Lima *et al.*, 2020). Sua efetivação foi intensificada nos anos de 2005 e 2006. Durante esse período, além da Rede, o MS impulsionou um conjunto de 15 Núcleos Acadêmicos selecionados como Centros Colaboradores. Essa Rede abrangeu aproximadamente 1.300 municípios e recebeu financiamento do Ministério no período de 2006 a 2012 (Minayo *et al.*, 2018).

Em setembro de 2005, aprovou-se a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, evidenciando a ênfase no aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação relacionados às violências e acidentes (Lima *et al.*, 2020). A programação abrangia os eixos de vigilância, gestão, intervenção e avaliação, bem como o apoio à pesquisa. No escopo da vigilância, incluíam-se a definição e implantação da Rede de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, a implantação/implementação do Sistema de Informação de Acidentes e Violência, o monitoramento dos fatores de risco e de proteção de acidentes e violências, além do apoio técnico (Silva *et al.*, 2007; Brasil, 2005).

Em novembro do mesmo ano, a Instrução Normativa Nº 2 regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica, estabelecendo que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) compreende um conjunto de ações relacionadas à coleta, processamento e divulgação de dados sobre a ocorrência de agravos de notificação compulsória em nível nacional, estadual e municipal. Conforme a normativa, compete aos municípios diversas responsabilidades, como coletar e consolidar dados, estabelecer fluxos e prazos para o envio de informações pelas unidades notificantes, distribuir as versões do SINAN e seus instrumentos de coleta de dados, realizar análises epidemiológicas e divulgar informações, além de normatizar aspectos técnicos em caráter complementar à atuação do nível estadual para sua área de abrangência (Brasil, 2005) Em 30 de março de 2006, a Portaria MS/GM nº 687 efetivou a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Essa iniciativa reforçou medidas anteriormente adotadas, revalidando seu caráter transversal e estratégico ao contemplar os condicionantes e determinantes das violências e acidentes no país (Lima *et al.*, 2020; Brasil, 2006).

Implantada em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes teve como objetivo primordial compreender a magnitude da violência a partir do atendimento pré-hospitalar, além de propor ações de prevenção e promoção da saúde, integrando a vigilância à rede de atenção e proteção (Minayo, 2018). Em consonância com esse avanço, o MS, em junho do mesmo ano, efetivou a implementação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva) por meio da Portaria MS/GM nº 1.356. Este sistema, estruturado em dois elementos essenciais — a vigilância contínua e a vigilância sentinela —, foi delineado com duas facetas distintas: os inquéritos periódicos, denominados VIVA

Inquérito, e o processo de notificação de violências, chamado VIVA Contínuo, constituindo-se como uma estratégia útil para detalhar os casos menos graves, bem como informações sobre os perpetradores das violências. A dualidade dessa abordagem destaca não apenas a abrangência, mas também a complementaridade das estratégias adotadas para a coleta de dados e monitoramento das ocorrências de violência (Minayo *et al.*, 2018; Lima *et al.*, 2020; Brasil, 2006, 2016). O propósito do Sistema é fornecer análises mais amplas sobre o impacto e as características da violência em todas as áreas do país (Pintor e Garbin, 2018).

Ainda no ano de 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 1.876, datada de 14 de agosto, foram delineadas as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, sublinhando a importância da notificação dos casos de tentativas de suicídio. Lima *et al.*, 2020). O tema foi retomado pela Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Ela estabelece a colaboração entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios para implementar a notificação de eventos relacionados à automutilação e suicídio. Adicionalmente, busca o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados, envolvendo estabelecimentos de saúde e medicina legal. A lei visa à promoção de políticas embasadas em informações relevantes, definindo como violência autoprovocada o suicídio consumado, tentativas e atos de automutilação, destacando a necessidade de estratégias preventivas e apoio às pessoas em vulnerabilidade.

Em 2008, o MS formulou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com o objetivo de orientar as ações destinadas à saúde masculina. Este documento não apenas destaca os principais fatores de morbimortalidade, mas também reconhece os determinantes sociais que tornam a população masculina vulnerável aos agravos à saúde, incluindo situações de violência (Brasil, 2008).

Avançando na temática, a Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no âmbito do SUS. Esta, foi retomada pela Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, que, em linhas gerais, versa sobre as normas nacionais de saúde do SUS. O Capítulo III deste mesmo documento ainda reafirma as responsabilidades dos hospitais, quanto a vigilância de agravos, ressaltando que estes devem notificar suspeitas de violência e negligência, em conformidade com a legislação específica (Brasil, 2017).

Mais recentemente, a Portaria GM/MS Nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021, alterou o Anexo XII da Portaria de Consolidação para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Essa atualização reforçou a prevenção de violências e acidentes, buscando chamar a atenção para a significativa relação entre a população masculina e esses eventos (Brasil, 2009, 2017, 2021).

Outro marco político relevante na temática da violência ocorreu em 2009 com a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra por meio da Portaria Nº 992, de 13 de maio. Dentre seus objetivos está identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral no ambiente de trabalho. Além disso, o texto reforça a implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde nos Estados e Municípios, conforme estabelecido pela Portaria supracitada n 936/04, visando reduzir a vulnerabilidade de jovens negros a mortes, traumas ou incapacitações por causas externas.

Ainda em 2009, ocorreu a integração do VIVA Contínuo à notificação compulsória de violências, incorporando-se ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e passando a ser denominado VIVA Sinan Net. A área de notificação compulsória de violência foi progressivamente expandida para incluir casos como tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, efeitos da intervenção legal, entre outros (Minayo *et al.*, 2018)

Por meio da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que estabelece as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), foi definida a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional. Essa portaria não apenas delineou o escopo de notificação compulsória, mas também estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Como resultado, ocorreu uma expansão significativa da notificação de casos de violência de maneira universal e compulsória em todas as instâncias dos serviços de saúde em território nacional. (Minayo, 2018; Brasil, 2011, 2016).

Na mesma anuidade, por meio da Portaria MS/GM nº 1.600, datada de 7 de julho, o MS promoveu a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, resultando na instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS. Nesse contexto,

foi incorporado o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, com o propósito de estimular e fomentar a implementação de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências, acidentes, lesões e mortes no trânsito, além das doenças crônicas não transmissíveis. Este componente também abrange ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade, visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (Lima *et al.*, 2020; Brasil, 2011).

A Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, posteriormente alterada pela portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que aborda a violência nestes territórios, incluindo conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais (Brasil, 2011, 2014).

Em 2013, por meio da Portaria nº 1.378, de 9 de julho, o MS regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Essas ações abrangem toda a população brasileira e englobam práticas e processos de trabalho direcionados, entre outros objetivos, para a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências. (Brasil, 2013)

No mesmo ano, por meio da Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro, que define as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em alinhamento com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), ficou estabelecido o dever de notificar suspeitas de violência e negligência, conforme a legislação específica (Brasil, 2013).

O processo evolutivo da vigilância das violências, em conjunto com as políticas voltadas para a atenção integral à saúde, a proteção e a garantia de direitos, foi fortalecido com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Essa normativa estabeleceu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, tornando obrigatória a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio no âmbito municipal em um prazo de até 24 horas (Brasil, 2014; Lima *et al.*, 2020).

No mesmo período, a Política Nacional de Promoção da Saúde passou por um processo de revisão, culminando na publicação da Portaria nº 2.446, datada de

11 de novembro. Este documento reitera o compromisso institucional de enfrentamento das violências, destacando tal abordagem como uma de suas prioridades. O escopo dessa iniciativa visa promover a equidade, intersetorialidade, territorialidade, participação social, melhoria das condições e modos de vida, bem como a redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Além disso, reafirma-se o compromisso integral com a promoção da cultura da paz e o fomento ao desenvolvimento humano seguro, saudável e sustentável, evidenciando uma abordagem abrangente e alinhada aos princípios de bem-estar social (Lima *et al.*, 2020; Brasil, 2014).

Outro marco político relevante para a prevenção da violência no país é a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Segundo essa legislação, os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência tornam-se objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

Em 2018, por meio da Resolução Nº 588, de 12 de julho, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), cuja atribuição inclui a produção de dados sobre doenças e agravos que afetam a população, alinhada com os princípios e diretrizes preconizados pelas legislações anteriores.

Quadro 1 - Linha do tempo dos principais eventos relacionados à violência e direitos humanos no Brasil

ANO	POLÍTICA	DATA	TEMA	DEFINIÇÃO	LINK
1983	Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática (PAISM)	-	Mulher	-	Link
1990	Lei nº 8.069	13 de julho de 1990	Criança	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	Link
2001	Resolução nº 309	8 de março de 2001	Violência	Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência	Link
2001	Portaria Nº 737	16 de maio de 2001	Violência	Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências	Link
2001	Resolução Nº 313	09 de agosto de 2001	Violência	Institui a Comissão Intersetorial Permanente de Trauma e Violência	Link
2001	Portaria Nº 1.968	25 de outubro de 2001	Notificação	Dispõe sobre a notificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes	Link
2002	Portaria nº 254	31 de janeiro de 2002	Indígena/Populações	Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	Link
2003	Lei nº 10.741	1º de outubro de 2003	Idoso	Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa	Link
2003	Lei nº 10.778	24 de novembro de 2003	Mulher	Estabelece a notificação compulsória, nos serviços de saúde públicos ou privados, em caso de violência contra a mulher	Link
2003	CGDANT	-	Violência	Estabelecimento da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis	-
2004	Política nacional de atenção integral à saúde da mulher	-	Mulher	Política que norteia as ações de atenção à saúde da mulher	Link
2004	Portaria Nº 936	19 de maio de 2004	Violência	Estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência	Link

2004	Decreto Nº 5.099	3 de junho de 2004	Mulher	Regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela e Ficam instituídos os serviços de referência sentinela, aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher, definidos na Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003.	Link
2004	Portaria MS/GM nº 2.406	5 de novembro de 2004	Mulher	Institui o serviço de notificação compulsória de violência	Link
2004	Programa Brasil Sem Homofobia	-	LGBTQIA+	Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT	Link
2005	Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências	setembro	Violência	Ações de aprimoramento da vigilância e do sistema de informação	-
2005	Instrução Normativa Nº 2	22 de novembro de 2005	Violência	Regulamenta a vigilância epidemiológica	Link
2006	Portaria MS/GM nº 687	30 de março de 2006	Violência	Implanta a Política Nacional de Promoção da Saúde	Link
2006	Portaria MS/GM nº 1.356	23 de junho de 2006	Violência	Incentivo à Vigilância de Acidentes e Violências	Link
2006	Lei nº 11.340	7 de agosto de 2006	Mulher	Lei Maria da Penha - Coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher	Link
2006	Portaria MS/GM nº 1.876	14 de agosto de 2006	Suicídio	Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio	Link
2006	Portaria Nº 2.528	19 de outubro de 2006	Idoso	Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Link
2008	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	novembro de 2008	Homem	Política de atenção à saúde do homem	Link
2009	Portaria Nº 992	13 de maio de 2009	Negra	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	Link
2009	Lei nº 12.015	7 de agosto de 2009	Criança	Altera disposições sobre crimes hediondos	Link

2009	Portaria Nº 1.944	27 de agosto de 2009	Homem	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Link
2010	Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde	-	Criança	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens	Link
2011	Portaria MS/GM n. 104	25 de janeiro de 2011	Violência	Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o 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 estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.	Link
2011	Portaria MS/GM nº 1.600	7 de julho de 2011	Violência	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	Link
2011	Lei nº 12.461	26 de julho de 2011.	Notificação	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.	Link
2011	Portaria Nº 2.836	1 de dezembro de 2011	LGBTQIA+	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).	Link
2011	Portaria Nº 2.866	2 de dezembro de 2011	Campo	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).	Link

2011	Portaria Nº 2	6 de dezembro de 2011	LGBTQIA+	Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Link
2013	decreto Nº 7.958,	13 de março de 2013	Violência	Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.	Link
2013	Portaria Nº 1.378	9 de julho de 2013	Vigilância	Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.	Link
2013	Portaria Nº 3.410	30 de dezembro de 2013	Vigilância	Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).	Link
2014	Portaria MS/GM nº 1.271	6 de junho de 2014	Notificação	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal.	Link
2014	Lei Nº 13.010	26 de junho de 2014.	Criança	Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.	Link

2014	Portaria Nº 2.311	23 de outubro de 2014	Campo	Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).	Link
2014	Portaria nº 2.446	11 de novembro	SUS	Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).	Link
2015	Lei nº 13.104	9 de março de 2015.	Mulher	Altera o art. 121 do decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.	Link
2015	Lei nº 13.146	6 de julho de 2015.	PCD	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com deficiência).	Link
2015	Portaria nº 1.130	5 de agosto	Criança	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Link
2017	Portaria de Consolidação Nº2 / Anexo 1 do Anexo VII	28 de setembro de 2017	Violência/ Homem	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Anexo 1)	Link
2018	Resolução Nº 588	12 de julho de 2018	Vigilância	Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)	Link
2019	Lei Nº 13.819	26 de abril de 2019	Suicídio	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.	Link
2021	Portaria GM/MS Nº 3.562	12 de dezembro de 2021	Homem	Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).	Link

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

2.2 ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO

A instituição da obrigatoriedade de notificação de eventos de violência interpessoal e autoinfligida surge como um dispositivo de monitoramento, de cuidado e de preservação de prerrogativas em saúde. Por meio da coleta de informações advindas das notificações é factível depreender as características particulares desses eventos, com o propósito de subsidiar a elaboração de intervenções e políticas de saúde pública destinadas a enfrentar tais fenômenos e suas ramificações para a saúde da coletividade. A notificação deve ser percebida como um mecanismo catalisador para o fornecimento de assistência integral àqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade decorrente de violência.

No que concerne à historicidade legislativa da notificação compulsória, merece destaque a Lei nº 6.259, promulgada em 30 de outubro de 1975, a qual estabelece preceitos acerca da organização das iniciativas de Vigilância Epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações, além de instituir diretrizes relativas à notificação compulsória de enfermidades, entre outras disposições normativas. Em seu artigo 8º, preconiza-se que:

"É incumbência de todo indivíduo comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de um evento, confirmado ou presumido, de uma doença transmissível, sendo imperativa a notificação por parte dos médicos e demais profissionais de saúde no exercício de suas funções, bem como pelos gestores de organizações e estabelecimentos de saúde e ensino, tanto públicos quanto privados, acerca de casos suspeitos ou confirmados de enfermidades elencadas em conformidade com o artigo 7º."

Além disso, a mencionada legislação, emendada pela Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022, aborda a confidencialidade das notificações compulsórias. O artigo 10º estipula que:

"A notificação compulsória de casos de enfermidades e agravos à saúde é revestida de caráter sigiloso, princípio que deve ser respeitado pelos profissionais elencados no caput do artigo 8º desta Lei que tenham procedido à notificação, pelas autoridades sanitárias receptoras e por todos os colaboradores ou servidores incumbidos do tratamento de dados referentes à notificação. Em situações excepcionais, a identificação do paciente acometido por enfermidades mencionadas neste dispositivo, fora do contexto médico-sanitário, somente poderá ocorrer com a

devida autorização da autoridade sanitária, sendo previa a ciência do paciente ou de seu representante legal."

Adicionalmente, a Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017, em seu Anexo V, Capítulo I, determina:

"No que concerne à notificação compulsória, impõe-se obrigatoriedade aos médicos, demais profissionais da área da saúde ou responsáveis por estabelecimentos públicos e privados de saúde, os quais prestem assistência aos pacientes, em consonância com o artigo 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Ademais, as autoridades sanitárias devem zelar pela confidencialidade dos dados pessoais constantes na notificação compulsória sob sua tutela."

A ausência de notificação desses eventos caracteriza-se como uma infração sanitária, conforme preceituado pela Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, a qual estabelece "Infrações à Legislação Sanitária Federal, as sanções pertinentes e outras providências". O artigo 10º, no inciso VI, estabelece:

"[...] VI - deixar de notificar doença ou zoonose transmissível ao homem, aquele que, por dever legal, estiver obrigado a fazê-lo, conforme disposto nas normas legais ou regulamentares vigentes: sanção - advertência e/ou multa."

Ademais, a ausência de notificação configura também um delito contra a saúde pública, consoante ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, o "Código Penal". O artigo 268 dispõe:

"Violar determinação das autoridades públicas, cujo intento seja obstruir a introdução ou propagação de enfermidade contagiosa: Pena - reclusão, de um mês a um ano, e multa.

Parágrafo único - A punição é agravada em um terço caso o agente seja funcionário da saúde pública ou exerça a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro. Omissão de notificação de doença.

Artigo 269 - Deixar de notificar à autoridade pública enfermidade cuja notificação seja compulsória, o médico: Pena - reclusão, de seis meses a dois anos, e multa."

Desse modo, verifica-se que é incumbência de todo profissional da área da saúde, quer atue no âmbito público ou privado em território brasileiro, proceder à notificação de eventos de violência interpessoal e autoinfligida, bem como de outras enfermidades e agravos elencados na "Lista Nacional de Notificação Compulsória de

Enfermidades, Agravos e Eventos de Saúde Pública", delineada pelo Anexo V da Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017.

2.3 PROCESSO DE VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS

No contexto da vigilância das violências no Brasil, foi precípua o estabelecimento de objetivos e processos orientadores das práticas profissionais. Nesse sentido, destacam-se dois documentos parâmetros: o Guia de Vigilância em Saúde (GVS) e o instrutivo Viva. O Guia, produzido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), colige informações sobre o processo de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a saúde pública. Sua sexta edição, datada de 2024, aborda atualizações e recomendações relacionadas às ações de vigilância em saúde, contemplando, em seu terceiro volume, o agravo de violência.

Por sua vez, o "Viva: Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências", em sua segunda edição, publicada em 2016, propõe-se a responder à necessidade de padronização conceitual no campo. Seu preâmbulo delineia, de forma abrangente, um panorama sobre a vigilância epidemiológica das incidências de violência e acidentes em todo o território nacional.

De acordo com a OMS, o conceito de violência adotado para a vigilância do agravo é "o uso intencional de 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 possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (Krug, 2002). Por outro lado, "acidente" é definido como um "evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e de lazer".

As violências se subdividem conforme sua natureza e agressor, englobando desde violência física e psicológica até formas mais específicas como violência sexual e negligência. Além disso, a violência pode ser perpetrada contra si mesmo, em relações interpessoais ou mesmo por grupos coletivos, cada qual com suas características distintas e impactos singulares na dinâmica social.

A violência autoprovocada ou autoinfligida, compreendendo desde autoagressões até casos de suicídio, constitui uma área de atenção prioritária. Cabe

ressaltar que a ideação suicida, embora exija intervenções de saúde, não se configura como objeto de notificação nos termos aqui estabelecidos.

Já a violência doméstica ou intrafamiliar transcende a mera ocorrência no espaço físico da residência, abrangendo as complexas relações interpessoais presentes nesse contexto. Este tipo de violência pode ocorrer tanto dentro quanto fora de casa, envolvendo indivíduos que mantêm relações de poder, inclusive pessoas que não possuem laços consanguíneos, mas assumem funções parentais.

Por fim, a violência extrafamiliar ou comunitária, perpetrada no ambiente social em geral, revela-se como uma ameaça à integridade e à vida das pessoas. Esta forma de violência, perpetrada por conhecidos ou desconhecidos, pode atingir não apenas o indivíduo, mas também seus bens e propriedades, destacando-se como uma questão de saúde pública de grande relevância.

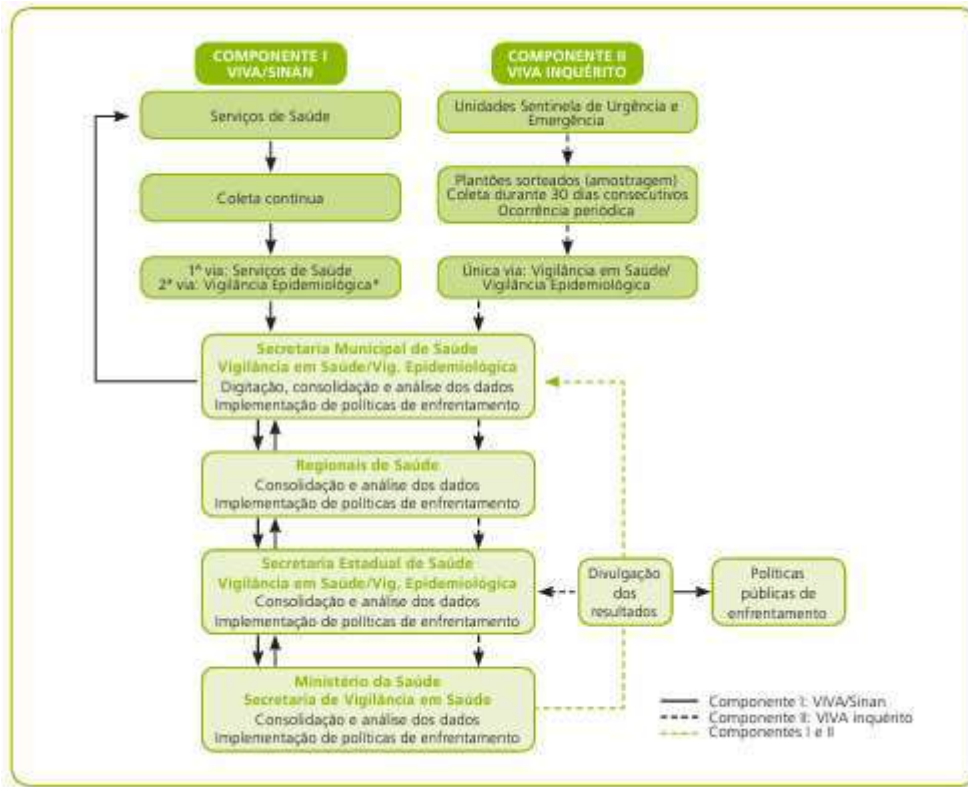
No âmbito da definição de caso para notificação no setor de saúde, a violência interpessoal/autoprovocada abrange todo caso suspeito ou confirmado de diversos tipos de violência, como violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e violência decorrente de intervenção legal. Além disso, inclui também as violências homofóbicas contra mulheres e homens de todas as idades.

Quanto à violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objeto de notificação os casos que envolvam crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e a população LGBT. No entanto, a violência comunitária ou extrafamiliar contra homens adultos (20 a 59 anos) não será objeto de notificação, exceto em condições de vulnerabilidade previamente mencionadas. Essa distinção visa concentrar esforços nos grupos mais vulneráveis e suscetíveis a essas formas de violência, facilitando ações mais eficazes de prevenção e proteção.

Os objetivos da vigilância do agravo incluem a identificação, inclusão e acompanhamento das vítimas de violência, produção de informações qualificadas sobre o perfil das vítimas e agressores, fatores de risco e áreas de maior vulnerabilidade, visando subsidiar intervenções, políticas públicas e monitoramento dos casos notificados.

O processo de vigilância da violência delineado pelo instrutivo do VIVA destaca dois componentes fundamentais: a Vigilância Contínua (Viva Contínuo/Sinan) e a Vigilância Sentinela (Viva Inquérito).

Figura 1 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)



Fonte: Instrutivo VIVA (2016).

A Vigilância Contínua é caracterizada pela vigilância constante por meio da Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Este sistema permite o monitoramento regular e contínuo das ocorrências de violência, fornecendo dados em tempo real sobre os casos notificados.

Por outro lado, a Vigilância Sentinela, conhecida como Viva Inquérito, consiste em uma pesquisa conduzida em serviços de urgência e emergência previamente selecionados. Esses serviços são estrategicamente escolhidos, tanto em capitais quanto em municípios, com o objetivo de investigar mais a fundo as características e circunstâncias das violências registradas, proporcionando uma compreensão mais ampla do fenômeno.

Esses dois componentes trabalham em conjunto para oferecer uma visão abrangente e detalhada da violência, permitindo uma melhor compreensão de suas causas, padrões e impactos na sociedade.

2.3.1 Vigilância Sentinela - Viva Inquérito

O Viva Inquérito é um estudo de vigilância sentinela, de caráter transversal, realizado periodicamente em serviços de urgência e emergência selecionados em todo o país. Seu objetivo é monitorar os atendimentos relacionados a violências e acidentes, possibilitando a coleta de dados essenciais para propor políticas públicas de prevenção e intervenção. Durante 30 dias consecutivos, são registrados todos os atendimentos relacionados a esses eventos, por meio da Ficha de Violências e Acidentes, no sistema Epi Info.

O estudo utiliza a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), capítulo XX, que trata das causas externas de morbidade e mortalidade. Entre os eventos acidentais, incluem-se acidentes de transporte (V01-V99), quedas (W00-W19), queimaduras (X00-X19), e outros, como afogamento, envenenamento e ferimentos. Os eventos violentos abrangem lesões autoprovocadas (X60-X84), agressões (X85-Y09) e intervenções legais (Y35-Y36).

Desde sua criação em 2006, o inquérito passou por seis edições. Na primeira edição, 65 serviços em 34 municípios e no Distrito Federal registraram 46.795 atendimentos. Em 2007, foram 82 serviços em 35 municípios, totalizando 59.683 atendimentos. Em 2009, a pesquisa se expandiu para 136 serviços, com 54.531 atendimentos. Em 2011, 105 serviços em 24 capitais e 11 municípios participaram; em 2014, o número de serviços subiu para 114. Em 2017, o inquérito foi realizado em 121 serviços de 23 capitais, Distrito Federal e 13 municípios.

Na edição de 2017, foram desenvolvidos indicadores específicos para monitorar acidentes de transporte, quedas e agressões. Entre os indicadores de agressão, destacam-se os percentuais de atendimentos por agressão cometida por desconhecidos, violência intrafamiliar e suspeita de uso de álcool pelo agressor.

O Viva Inquérito realiza análises descritivas das variáveis coletadas, apresentando distribuições relativas e absolutas por tipo de evento, características das vítimas e dos atendimentos, além de análises de ocorrências por sexo. Esse monitoramento sistemático fornece subsídios importantes para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública voltadas à redução da violência e acidentes no Brasil.

2.3.2 Viva Contínuo

A Vigilância Contínua, caracterizada pela constante monitoração, realiza sua comunicação por meio da Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. O Ministério da Saúde adotou a notificação como estratégia central para reconhecer, combater e prevenir a violência, além de articular políticas de saúde. Destaca-se que "a notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, retirando os casos de violência da invisibilidade, prevenindo a violência de repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule" (Brasil, 2021, p. 9).

A ficha de notificação de violência, uma ferramenta padronizada utilizada para coletar informações pertinentes sobre casos de violência, está atualmente na sua sexta edição, versão 5.1, datada de 15 de junho de 2015. O instrutivo do Ministério da Saúde orienta sobre o preenchimento correto da ficha, sendo necessário o preenchimento de uma ficha individual para cada vítima envolvida em um evento violento. A ficha de notificação individual é composta por dez blocos: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais, além de campos para informações complementares e observações.

A definição de caso de violência para fins de notificação inclui casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens de todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, são notificáveis as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. A notificação de violência é compulsória para crianças (0-9 anos), adolescentes (10-19 anos), mulheres de todas as idades, pessoas idosas (60 anos ou mais), indígenas, pessoas com deficiência e a população LGBT, devido à maior vulnerabilidade desses grupos. É importante ressaltar que esta ficha não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como brigas entre gangues e em estádios de futebol, que podem ser monitoradas por outros sistemas de informação e pelo componente do Viva Sentinela (inquérito).

A ficha de notificação individual coleta informações detalhadas e fundamentais para a análise e intervenção em casos de violência. No campo Dados Gerais, são registradas a data da notificação e da ocorrência, o município e o nome da unidade responsável, delimitando o perfil das violências atendidas na unidade. No campo Notificação Individual, informações sobre o paciente, como nome, data de nascimento, sexo, gestação, raça/cor, escolaridade, número do cartão do SUS e nome da mãe, são coletadas, facilitando a localização do cliente nos sistemas e no território, caso necessário. Dados de Residência, como município, distrito, bairro, logradouro, CEP e telefone, são preenchidos para a correta localização do indivíduo e a delimitação do perfil de violência na região.

A ficha também inclui dados de ocorrência, registrando detalhes da situação de violência relatada, incluindo o endereço completo e o tipo de local da ocorrência. Se a agressão ocorreu mais de uma vez, deve ser indicado, assim como em casos de violência autoprovocada. O campo Violência é crucial para a caracterização do evento, registrando a motivação da agressão, o tipo de violência e o meio utilizado. Em casos de envenenamento com intenção de suicídio, deve ser preenchida também a Notificação de Intoxicação Exógena. Em casos de violência sexual, o tipo de agressão e os procedimentos realizados pela vítima até o momento da notificação devem ser especificados.

Os dados do provável autor da violência incluem o número de pessoas envolvidas, o vínculo ou grau de parentesco entre agressor e vítima, e informações sobre sexo, consumo de álcool e ciclo de vida do agressor. As informações sobre encaminhamento registram as orientações e encaminhamentos dados à vítima da agressão. Nos dados finais, são sinalizados os casos de violências relacionadas ao trabalho, incluindo a realização da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), e classifica-se a causa e a circunstância da violência sofrida, utilizando os códigos do Capítulo XX da CID-10. Campos para informações complementares e observações incluem o nome do acompanhante, vínculo ou grau de parentesco, telefone do acompanhante e outras observações relevantes. Além disso, a ficha inclui telefones nacionais úteis para ações de vigilância, prevenção, garantia de direitos e responsabilização nos casos de violência.

3.3.2.2 Fluxo da notificação de violência interpessoal e autoprovocada segundo VIVA

As fichas de notificação (Componente I – Viva Sinan) são preenchidas continuamente nas unidades de saúde e encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, onde ocorre a digitação, consolidação e análise dos dados para a implementação e aperfeiçoamento das políticas de enfrentamento à violência. Subsequentemente, as informações são enviadas de forma ascendente para as Regionais de Saúde, que, por sua vez, remetem os dados às Secretarias Estaduais de Saúde, culminando na concentração dos dados no Ministério da Saúde. Em cada uma dessas instâncias, realiza-se a consolidação e análise dos dados para o aprimoramento das políticas de saúde.

A ficha do Sinan 5.1 permite que outras entidades, como estabelecimentos de ensino, conselhos tutelares, unidades de assistência social, centros especializados de atendimento à mulher e unidades de saúde indígena, também façam a notificação. Quando essas unidades identificam um caso de violência, a ficha de notificação é utilizada para registrar o incidente, sendo posteriormente encaminhada para uma unidade de saúde de referência no território para a digitação. A pessoa em situação de violência deve ser encaminhada para acompanhamento pelos serviços de saúde e conselhos de direitos, conforme necessário.

A primeira ficha de notificação individual preenchida deve ser registrada no Sinan. Caso outras unidades façam notificações subsequentes do mesmo caso de violência, devem completar a ficha inicial, arquivando todas as cópias na Vigilância Epidemiológica e mantendo uma cópia nas unidades que realizaram a notificação.

O Componente II do sistema, denominado Viva Inquérito, consiste em uma pesquisa pontual realizada a cada três anos em unidades sentinelas de urgência e emergência. Os dados são coletados durante 30 dias consecutivos, abrangendo turnos diurnos e noturnos. Após a coleta, as informações seguem o mesmo fluxo descrito anteriormente, sendo enviadas das unidades de saúde para as Secretarias Municipais de Saúde, Regionais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, e, finalmente, concentradas no Ministério da Saúde para consolidação e análise.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o sistema de vigilância das violências no Município do Rio de Janeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e descrever os instrumentos utilizados pelo sistema de vigilância das violências no Município do Rio de Janeiro;
- Examinar os processos locais de notificação de casos de violência no Município do Rio de Janeiro;
- Apresentar os principais indicadores de saúde relacionados à violência monitorados no município;
- Mapear as plataformas públicas disponíveis para consulta e obtenção de informações sobre a vigilância das violências no Município do Rio de Janeiro.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa baseou-se em uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, utilizando dados acumulados ao longo de dois anos de residência atuando na Vigilância em Saúde do Município do Rio de Janeiro (de fevereiro de 2021 a fevereiro de 2024). Essa metodologia proporcionou uma compreensão do contexto local, integrando experiências práticas e interpretando os dados coletados.

A estratégia descritiva empregada nesta pesquisa envolveu uma análise da gestão da vigilância de violências e acidentes, examinando o fluxo de notificação e os procedimentos adotados no município do Rio de Janeiro. Simultaneamente, a abordagem exploratória buscou investigar informações e documentos acessados durante a residência. Destaca-se que os documentos analisados foram os mais recentes disponíveis sobre a temática nos meios de comunicação oficiais do Ministério da Saúde.

A análise comparativa entre as regulamentações do Ministério da Saúde e as práticas locais, guiada pela legislação vigente e pelo instrutivo VIVA, complementa a compreensão da implementação da vigilância na cidade.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Durante um período de dois anos, a pesquisadora deste estudo esteve ativamente envolvida na vigilância em saúde do município do Rio de Janeiro, atuando como residente de saúde coletiva. A experiência incluiu seis meses dedicados ao núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar, seguidos por mais seis meses na divisão de vigilância epidemiológica, e um ano no centro de inteligência epidemiológica.

Ao longo desse período, foram realizadas notificações de violência no âmbito do primeiro campo. Na Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), a pesquisadora teve a oportunidade de acompanhar a profissional encarregada do agravo violência, assumindo uma participação ativa na qualificação das fichas e na inserção destas nos sistemas de informação. Além disso, contribuiu de maneira significativa para o processo de descentralização da notificação de violência em uma área programática.

Para respaldar essa iniciativa, foram elaborados materiais temáticos, conduzidos cursos de capacitação abrangendo desde fluxos de notificação até orientações para qualificação das fichas e inserção no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), incluindo material para análise dos dados de violência e a produção de um boletim epidemiológico.

Durante essa residência, a pesquisadora também estabeleceu contatos importantes com técnicos responsáveis pela temática, em esfera municipal e nacional, incluindo um estágio externo em Brasília. Este período enriquecedor proporcionou uma perspectiva abrangente e prática, consolidando a compreensão do participante sobre a vigilância das violências no contexto epidemiológico.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A opção por não submeter o presente estudo ao comitê de ética foi motivada pela natureza específica da pesquisa. O trabalho fundamentou-se na análise dos fluxos de comunicação fornecidos aos profissionais e usuários do SUS, excluindo a realização de entrevistas diretas ou a consulta de fontes adicionais. Essa escolha metodológica reflete a abordagem adotada, a qual se concentrou na interpretação dos processos existentes a partir das informações disponíveis no contexto da vigilância de violências.

5 RESULTADOS

5.1 A VIGILÂNCIA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A implementação da Vigilância em Saúde no município do Rio de Janeiro (MRJ) segue uma estrutura delineada pela Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde. Esta resolução, alinhada com a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, estabeleceu as Áreas de Planejamento Sanitário como uma estratégia para viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde, alinhada à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade.

A geografia urbana do MRJ é complexa, com uma extensa área territorial e concentração populacional. Para atender a essas demandas, foram criadas dez Áreas de Planejamento, subdivididas em 32 regiões administrativas, que abrangem 165 bairros. Destaca-se a diferenciação geográfica, sendo as Áreas de Planejamento do Centro, Zona Sul e Norte de menor extensão, enquanto as da Zona Oeste são mais amplas.

As Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) emergem como unidades intermediárias entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS, buscando estabelecer uma conexão eficaz, não apenas com os serviços de saúde, mas também com a população usuária e as lideranças e conselheiros de saúde locais. Entretanto, essas coordenações enfrentam desafios significativos, como questões financeiras, técnico-administrativas e políticas, o que, em alguns casos, as conduz a uma atuação mais burocrática do que efetivamente estratégica.

A concepção de Distritos Sanitários, proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde, não foi completamente realizada nas Áreas de Planejamento do MRJ. O ideal do Distrito Sanitário como a menor unidade territorial com autonomia para definição, planejamento, organização, gestão e execução de ações de saúde permanece como um objetivo aspiracional. Este conceito, fundamentado na compreensão do território como um espaço dinâmico, influenciado por diversas relações políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas, ressalta a necessidade de adaptar as práticas sanitárias à realidade local.

No âmbito da vigilância em saúde, as ações no MRJ transcendem as fronteiras de serviços específicos, permeando toda a Rede de Atenção à Saúde

(RAS). Tais ações são conduzidas não apenas por serviços especializados de vigilância em saúde, mas também por profissionais de toda a RAS. A detecção e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória são realizadas por profissionais de saúde, conforme estabelecido na Portaria GM/MS n.º 3.418, de 31 de agosto de 2022.

Dada a singularidade do MRJ, uma metrópole urbana com mais de 6,7 milhões de habitantes, a complexidade da rede de interações entre áreas de planejamento, atividades econômicas, circulação, mobilidade e distribuição de equipamentos públicos e privados determina as características de cada área e as formas de adoecimento e mortalidade. Essa complexidade exige uma estruturação robusta da vigilância municipal em saúde, capaz de monitorar os diferentes recortes territoriais intramunicipais, como Áreas de Planejamento, Regiões Administrativas, bairros e setores censitários.

O Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (quadriênio 2022-2025) estabelece 10 objetivos prioritários, incluindo a coleta, consolidação e análise de dados epidemiológicos, direcionando ações para a saúde da população. A Vigilância em Saúde, alinhada a essa estratégia, busca melhorias progressivas nos níveis de saúde da população, atuando em níveis operacionais, táticos e estratégicos, tanto em estruturas centralizadas quanto regionais ou locais. Essas estruturas abrangem desde serviços assistenciais da Rede de Atenção à Saúde até serviços específicos de Vigilância em Saúde, garantindo uma atuação abrangente e sensível às particularidades do vasto território carioca.

5.2 A VIGILÂNCIA CONTÍNUA DAS VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

5.2.1 Captação das Violências

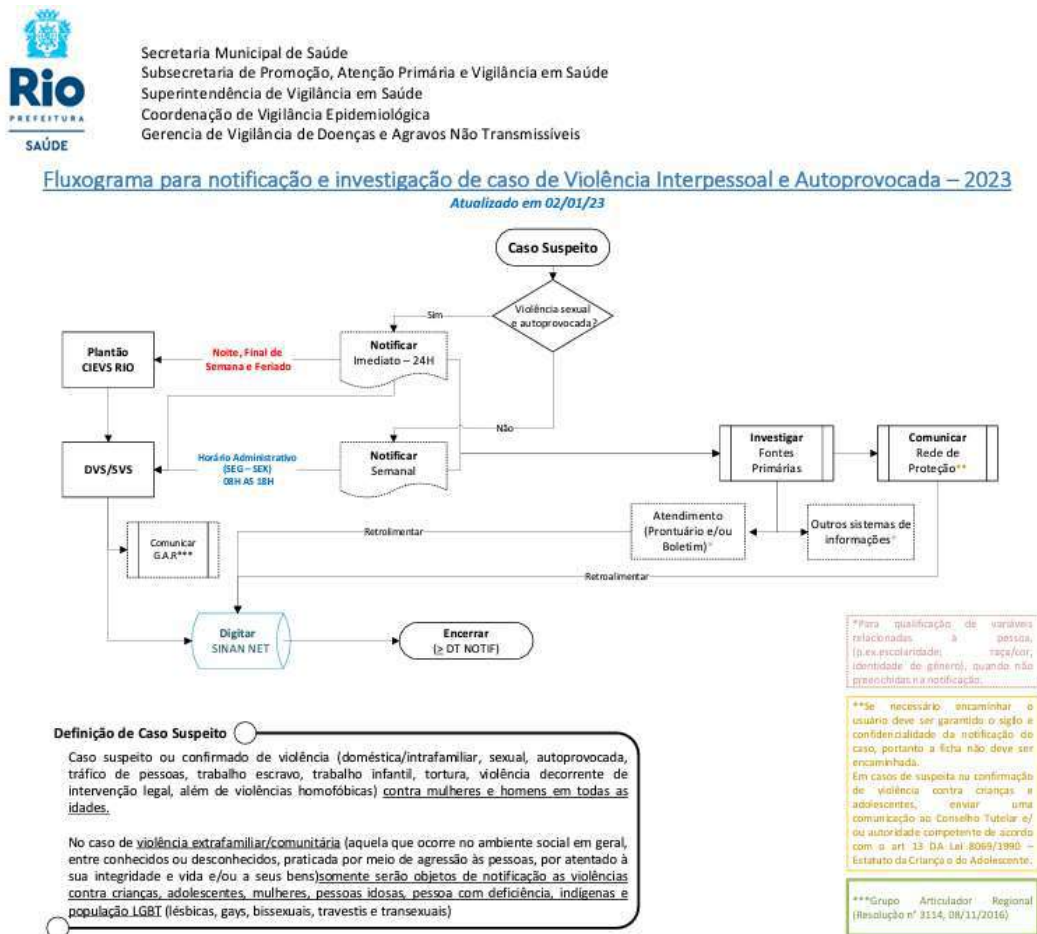
A notificação de situações de violência é uma prática importante no contexto da saúde, pois possibilita a identificação e o manejo de experiências que afetam o bem-estar físico e mental dos indivíduos. Essa prática é recorrente em estabelecimentos de saúde, onde os profissionais podem identificar sinais de violência, mesmo durante atendimentos direcionados a outras demandas de saúde. O atendimento a pessoas vítimas de violência requer uma abordagem sensível e

cuidadosa, englobando escuta ativa, observação meticulosa de sinais físicos e emocionais, além da criação de um ambiente seguro que favoreça a expressão da experiência vivida pela vítima. Profissionais de saúde devem estar capacitados para reconhecer sutilezas associadas a situações de violência, como comportamentos evasivos, lesões inexplicadas ou relatos de experiências de controle e abuso. Além das unidades de saúde, outras instituições, como delegacias, serviços de assistência social, conselhos tutelares, ministério público e escolas, desempenham um papel relevante na notificação e encaminhamento de casos de violência, contribuindo para uma resposta integrada às necessidades das vítimas.

Os casos são acolhidos por unidades de atenção primária, urgência e emergência, maternidades ou pela Sala Lilás para um primeiro atendimento, notificação e encaminhamentos necessários. A Sala Lilás é um espaço criado para prestar atendimento especializado e humanizado às mulheres vítimas de violência física e sexual, funcionando dentro do Instituto Médico Legal (IML), com unidades no Centro e em Campo Grande. Equipado para realizar exames periciais, o local possui uma equipe multidisciplinar composta por policiais, assistentes sociais e enfermeiras. A integração dos serviços visa ajudar as vítimas a se sentirem mais à vontade para relatar e falar sobre a violência sofrida. Este projeto é uma parceria entre a Polícia Civil, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e o Rio Solidário.

As informações sobre as situações de violência devem ser registradas na Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, versão 5.1 de 2015, disponível no Portal SINAN de forma virtual e, por vezes, disponibilizada em formato impresso nas unidades. A ficha é numerada com um código SINAN, fornecido em blocos de papel pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Figura 2 - Fluxograma para a notificação e investigação de caso de violência interpessoal e autoprovocada



Fonte: SMS-RJ/SUBPAV/SVS/CVE/GVDANT (2023).

A ficha de notificação pode ser encaminhada fisicamente, por malote, geralmente recolhidos com frequência semanal, ou virtualmente, encaminhadas através de fotos por e-mail, para qualificação e inserção nos sistemas, pelos Serviços de Vigilância em Saúde ou pela DVS da área. Durante a noite, aos finais de semana e feriados, casos de notificação em 24 horas devem ser encaminhados ao CIEVS RIO.

5.2.2 Notificação das Violências

As fichas de notificação são submetidas a um processo de qualificação pelos serviços responsáveis, com o objetivo de complementar os dados fornecidos, especialmente quando estes estão incompletos. Dados de identificação, como

nome, nome da mãe, raça/cor e sexo, podem ser encontrados em outros sistemas de informação em saúde. Para isso, utilizam-se as informações fornecidas na ficha para buscar dados nos demais sistemas, como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sistemas de vacinação, entre outros, a depender dos acessos aos sistemas que o responsável pela qualificação possui. Esta etapa é crucial, pois, devido à dinâmica dos serviços de saúde e à natureza sensível do agravo, é comum que as informações não sejam completamente registradas no momento da identificação da violência. A busca e complementação dessas informações permite uma análise posterior dos perfis das vítimas e agressores, conforme o tipo de violência, região, ou outros determinantes e condicionantes relevantes, contribuindo significativamente para a formulação de estratégias de combate às agressões.

Após a qualificação das informações, as fichas são digitadas no sistema de informação SINAN Net e compartilhadas por canais regionalizados. O município do Rio de Janeiro possui canais próprios para o compartilhamento de determinados perfis de caso, como o Monitor Carioca, que distribui informações sobre casos de violência específica para as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) correspondentes. Além disso, planilhas são utilizadas para compartilhar informações relevantes para o seguimento dos casos.

Os casos de violência são compartilhados com o Grupo Articulador Regional (GAR), e continuam sendo discutidos e acompanhados pelos demais dispositivos de saúde.

Os Grupos Articuladores Regionais (GAR) foram instituídos na composição do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências nas dez Coordenações das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro, conforme a Resolução SMS nº 3114, de 08 de novembro de 2016. Este atua como referência e apoio para os profissionais e serviços dos territórios no manejo dos casos e situações de violência, bem como na definição de estratégias locais para o enfrentamento e prevenção desses eventos.

As competências do grupo incluem, segundo o Guia de Referência Rápida - Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção, Versão Profissional Rio de Janeiro, 1ª Edição, 2017:

“Elaborar o diagnóstico regional, através da análise e consolidação dos dados da ficha de notificação individual, violência interpessoal/autoprovocada (SINAN) e outras fontes de informação;

- ◆ *Elaborar um plano de ação para a prevenção e o enfrentamento das violências e acidentes nos respectivos territórios;*
 - ◆ *Fortalecer a estruturação da linha de cuidado para atenção integral às pessoas em situação de violência em todos os níveis de assistência à saúde;*
 - ◆ *Articular os serviços e a rede local para o planejamento, implantação e avaliação de ações para a prevenção e o enfrentamento das violências/acidentes;*
 - ◆ *Qualificar e articular a rede de atenção à saúde as pessoas em situação de violência/acidentes nos respectivos territórios;*
 - ◆ *Desenvolver ações de promoção da saúde, estímulo a cultura de paz, prevenção das violências; e incentivar estratégias de mediação de conflitos com ênfase aos segmentos populacionais mais vulneráveis nas respectivas áreas;*
- Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção O contexto da Promoção da Saúde na abordagem das violências autoprovocadas*
- ◆ *Promover e participar de redes sociais, fóruns, colegiados, conselhos de direitos, reuniões e ações intersetoriais que contribuam para a promoção da saúde e da solidariedade e de prevenção das violências regionalmente;*
 - ◆ *Desenvolver e apoiar redes de proteção social nos respectivos territórios;*
 - ◆ *Desenvolver ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde e rede de apoio para as pessoas em situação de violência/acidentes.”*

No que concerne ao procedimento, a notificação já efetuada e digitalizada pela rede de saúde será referenciada pelo Grupo Articulador Regional (GAR) para vincular a notificação à unidade de saúde de referência dos casos. Os casos, por sua vez, devem ser discutidos no GAR. Além disso, algumas áreas podem fazer uso de outros instrumentos, como planilhas em drives, para controle e acompanhamento dos casos, comunicando às unidades de referência do paciente ou o GAR.

5.2.2 Sistemas

5.2.2.1 SINAN NET

O SINAN Net (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é destinado à coleta, transmissão e disseminação de dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica nas esferas federal, estadual e municipal, através de uma rede informatizada. O acesso ao SINAN Net é feito por meio de "Pontos SINAN", cuja distribuição é limitada e controlada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). No contexto municipal, esses pontos de acesso são alocados nas Divisões de Vigilância em Saúde (DVS) e nos Serviços de Vigilância em Saúde (SVS).

A alimentação do SINAN é realizada principalmente através da notificação e investigação de casos de doenças e agravos listados na Portaria GM/MS n.º 2.010, de 27 de novembro de 2023. Entretanto, estados e municípios possuem a prerrogativa de incluir no sistema outros problemas de saúde que sejam de relevância regional.

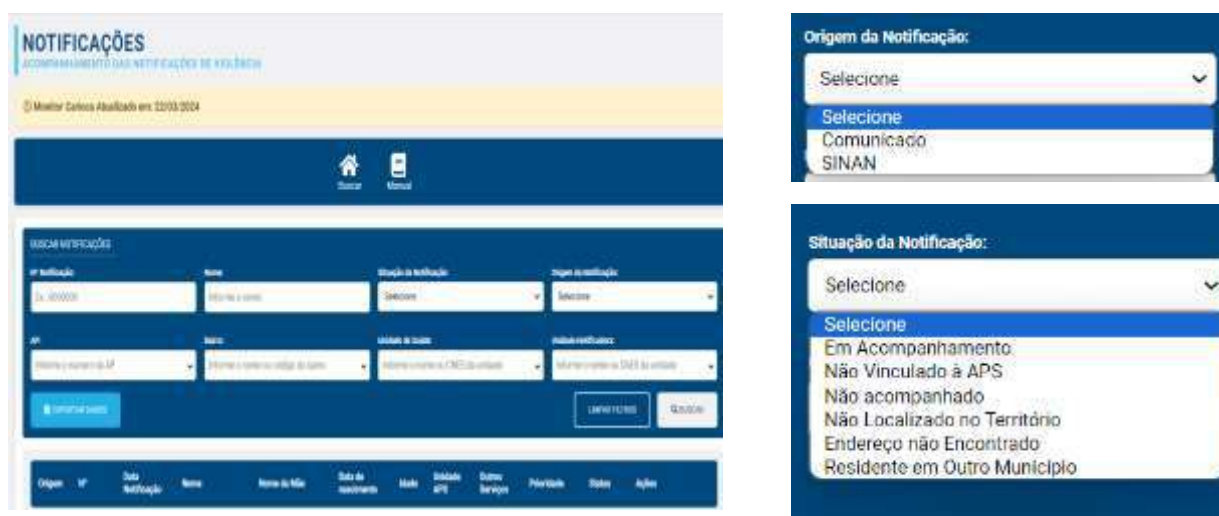
5.2.2.2 Planilhas

Planilhas eletrônicas são utilizadas para o controle e compartilhamento de informações entre os diversos envolvidos no atendimento a situações de violência. Geralmente elaboradas em programas como Excel e disponibilizadas em drives, a organização e gestão dessas planilhas são de responsabilidade da Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) da área programática correspondente.

Essas planilhas armazenam dados relevantes para identificação dos casos, facilitando a comunicação e o acompanhamento pelas unidades de saúde de ocorrência e de residência. As informações registradas incluem o número de notificação e um resumo do caso, sem incluir dados sensíveis. As planilhas podem ser organizadas de acordo com o tipo de violência, público-alvo, perfil temporal de notificação, entre outros critérios.

5.2.2.3 Monitor Carioca

Figura 3 - Monitor Carioca



Fonte: Monitor Carioca/Subpav (2024).

O Monitor Carioca consiste em uma ferramenta promovida pela SMS/Rio, para o acompanhamento das incidências de violência interpessoal entre os residentes do município. Atualmente, sua funcionalidade restringe-se, exclusivamente, ao monitoramento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, notificados tanto pela rede de saúde pública quanto privada, ou comunicados pela rede intersetorial, composta por órgãos como Assistência Social, Educação e o Judiciário.

O acesso ao Monitor Carioca é disponibilizado através da plataforma da SUBPAV, somente a profissionais previamente cadastrados e autorizados. Suas informações fundamentam-se em duas fontes primárias: as notificações importadas do sistema SINAN-NET, que registra as ocorrências de violência relatadas pela rede de saúde, e o comunicado, preenchido pelos órgãos do sistema de justiça e da rede intersetorial.

O propósito do Monitor Carioca é viabilizar que a Atenção Primária em Saúde inicie ou prossiga o cuidado e acompanhamento dos casos de forma colaborativa, através da rede intersetorial. O instrumento almeja conceder agilidade no acesso às notificações de violência, possibilitando um cuidado integrado e abrangente, além de proporcionar proteção às pessoas e famílias em situação de violência. Ademais, visa aprimorar o acompanhamento pela Atenção Primária das situações de violência interpessoal, gerando dados compilados em relatórios para subsidiar políticas públicas de prevenção e enfrentamento da violência doméstica, familiar, sexual e autoinfligida em todas as faixas etárias.

Para o acompanhamento dessas situações a SVS/Rio recomenda que as equipes da Atenção Primária acessem a ferramenta diariamente.

5.3 INDICADORES

No município do Rio de Janeiro, a "Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor corretamente preenchido" é um dos indicadores estabelecidos pela Comissão Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ) como parte dos instrumentos de monitoramento e avaliação da qualidade das informações coletadas na Ficha de Notificação de Violências (FNV). Esse indicador serve como fundamento para o monitoramento e a avaliação realizados pelos entes federados nas três esferas de governo, além de indicar a necessidade

de adoção de medidas corretivas pertinentes, possibilitar o exercício do controle social e promover a retroalimentação do ciclo de planejamento (CIB/RJ, 2020).

Após a qualificação, as fichas são digitadas no SINAN NET, sistema destinado a coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica nas três esferas de governo, apoiando a investigação e análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. Alguns quesitos relativos às notificações de violência são indicadores de desempenho das áreas programáticas. Essas notificações, além de serem uma exigência legal, resultam de uma luta contínua para retirar do silêncio as agressões contra segmentos da população. O uso de indicadores relacionados à notificação da violência contribui para a realização e qualificação das notificações.

No Rio de Janeiro, os indicadores relacionados à violência e seus métodos de cálculo incluem o percentual de digitação oportuna dos casos de violência sexual e lesão autoprovocada, que avalia o tempo entre a notificação e a digitação do caso no sistema de informação. Esse indicador é usado para verificar a eficiência do processo de notificação, sendo considerado oportuno quando a digitação ocorre em até sete dias. A meta é que pelo menos 60% dos casos sejam digitados nesse prazo, com níveis de desempenho classificados como verde ($\geq 60\%$), amarelo (30% a 60%) e vermelho ($<30\%$).

Outro indicador é o percentual de unidades públicas da rede de atenção à saúde que notificam casos de violência interpessoal e autoprovocada, medindo a sensibilidade dessas unidades em notificar tais casos. A meta é que pelo menos 60% das unidades notifiquem os casos no trimestre, com as mesmas classificações de desempenho mencionadas anteriormente.

Adicionalmente, o percentual de completude do quesito raça/cor nas notificações de violência interpessoal e autoprovocada é avaliado para garantir a qualidade do preenchimento desse campo, o que permite uma melhor caracterização das vítimas. A meta é que pelo menos 95% das notificações contenham essa informação, com níveis de desempenho classificados como verde ($\geq 95\%$), amarelo (85% a 94,9%) e vermelho ($<84,9\%$).

5.4 ANÁLISE E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Para auxiliar os profissionais, o município do Rio de Janeiro reúne publicações próprias e nacionais sobre o agravo e seu fluxo em diferentes canais. A plataforma Subpav concentra grande parte dessas informações, proporcionando suporte e orientações necessárias para a qualificação do processo de notificação e o aprimoramento das ações de enfrentamento à violência. Ao acessar o site "<https://subpav.org/aps/>" é possível encontrar informações abertas a todo público.

Uma pesquisa realizada na plataforma sobre a temática de violência em 26 de junho de 2024 retornou as seguintes informações:

Quadro 2 - Resultados da Pesquisa sobre Violência na Plataforma Subpav

Nº	Categoria	Título	Ano	Tema	Referência
1	Guias, manuais e materiais técnicos	"Cadernos de Promoção da Saúde - A Organização da Atenção em Saúde à Violência Sexual : Em crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro"	2022	Saúde da Criança	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Cadernos de Promoção da Saúde: A Organização da Atenção em Saúde à Violência Sexual em Crianças e Adolescentes no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: Acesso em: 26 jun. 2024.
2	Guias, manuais e materiais técnicos	"Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual"	2011	Ciclos de Vida	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 48 p. (Série F. Comunicação e Educação; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 7). ISBN 978-85-334-1710-6.
4	Boletins informativos	"Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada"	2015	Ciclos de Vida	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ficha de Notificação Individual. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

5	Documentos produzidos pela SMS-Rio	"Fluxo para Atendimento às Pessoas em Situação de Violência no Município do Rio de Janeiro – S/SAP/CCV/GSM"	2019	Ciclos de Vida; Pessoas em Situação de Rua	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Fluxo para atendimento às pessoas em situação de violência no Município do Rio de Janeiro. S/SAP/CCV/GSM, 2019. Ciclos de Vida; Pessoas em situação de rua. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em
6	Documentos produzidos pela SMS-Rio	"Fluxograma de Notificação - Violência Interpessoal/Autoprovocada"	2022	Apoio à Organização do Serviço	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Fluxograma de Notificação - Violência Interpessoal/Autoprovocada. Outros documentos produzidos pela SMS-Rio, 2022. Apoio à organização do serviço. Arte: SVS/CVE/GVDANT. Atualizado em maio de 2022. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em
7	Guias, manuais e materiais técnicos (SMS-Rio)	"Fluxograma para Notificação de Investigação de Casos Suspeitos de Violência Interpessoal e Autoprovocada"	2023	Doenças Crônicas Não Transmissíveis	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Fluxograma para Notificação de Investigação de Casos Suspeitos de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Outros documentos produzidos pela SMS-Rio, 2023. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em
8	Boletins informativos	"Infográfico - Violência Contra Mulher"	2023	Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Boletim Informativo APS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Infográfico - Violência Contra a Mulher. Outros documentos produzidos pela SMS-Rio, 2023. Boletim Informativo APS. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em
9	Boletins informativos	"Infográfico - Violência contra a Pessoa Idosa"	2024	Saúde da Pessoa Idosa; Boletim Informativo APS; Ciclos de Vida	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Infográfico - Violência contra a Pessoa Idosa. Outros documentos produzidos pela SMS-Rio, 2024. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em

10	Documentos produzidos pela SMS-Rio	"Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências"	2010	Ciclos de Vida	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em
11	Guias, manuais e materiais técnicos	"Manual do Monitor Carioca de Violências da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro"	2023	Média Complexidade	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Manual do Monitor Carioca de Violências da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em
12	Guias, manuais e materiais técnicos	"Orientações Sobre Atendimento à Vítima de Violência Sexual e Aborto Legal"	2018	Ciclos de Vida	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Orientações Sobre Atendimento à Vítima de Violência Sexual e Aborto Legal. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em
13	Guias, manuais e materiais técnicos	"Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes"	2012	Ciclos de Vida	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em
14	Guias, manuais e materiais técnicos	"Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada"	2016	Ciclos de Vida	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. Disponível em

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Além de fornecer informações que podem subsidiar o trabalho dos profissionais na abordagem do agravo, o município do Rio de Janeiro disponibiliza painéis de análise de dados. Entre esses painéis, destacam-se o Monitor de Violência e o Painel de Violência do site EpiRio.

6 DISCUSSÃO

A violência, em suas múltiplas formas, é amplamente reconhecida como um dos maiores desafios globais contemporâneos, com implicações profundas e abrangentes para a sociedade e o setor de saúde. No Brasil, essa questão é ainda mais alarmante, refletindo-se em indicadores crescentes que revelam uma realidade complexa e preocupante. Dados do Atlas da Violência (IPEA, 2021) mostram que o Brasil registrou uma taxa de 27 homicídios por 100 mil habitantes, com o Rio de Janeiro figurando entre os estados que enfrentam graves problemas relacionados à violência urbana e doméstica. Esses números evidenciam a urgência de um sistema de vigilância robusto e eficaz que possa capturar a verdadeira dimensão do problema e subsidiar políticas públicas efetivas.

No município do Rio de Janeiro, o processo de notificação de violências se destaca por sua estrutura organizacional bem definida e pela utilização de diversas ferramentas tecnológicas, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Monitor Carioca. O SINAN padroniza a coleta, armazenamento e análise de dados, enquanto o Monitor Carioca oferece foco específico na violência sexual contra crianças e adolescentes, demonstrando a atenção voltada aos grupos mais vulneráveis. Ainda assim, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ, 2022), menos de 40% das notificações de violência esperadas são registradas em algumas áreas, evidenciando que a subnotificação continua sendo um obstáculo crítico para a vigilância em saúde.

A abordagem intersetorial, amplamente adotada no município, também representa um avanço significativo. A colaboração entre saúde, assistência social e segurança pública, bem como a atuação dos Grupos Articuladores Regionais (GARs), fortalece a capacidade de resposta às situações de violência. No entanto, a eficácia dessa intersetorialidade depende diretamente da qualidade das informações geradas pelo sistema de notificação, o que ressalta a importância de investir na capacitação dos profissionais envolvidos.

Apesar dos avanços, o sistema de notificação enfrenta desafios estruturais que comprometem sua efetividade. A burocracia excessiva e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde são barreiras persistentes. Profissionais relatam dificuldades no preenchimento das fichas devido à complexidade dos formulários e ao tempo necessário para digitalizar os dados. Como consequência, casos

importantes deixam de ser registrados, agravando a subnotificação (Garbin *et al.*, 2015).

É fundamental compreender que os profissionais responsáveis pelo acolhimento das vítimas de violência também estão sujeitos às mesmas violências que afetam seus pacientes. Portanto, aqueles que oferecem esse apoio precisam receber o suporte adequado para lidar com a carga emocional envolvida nesse trabalho.

Embora o treinamento contínuo seja crucial, o acolhimento ao profissional também se revela essencial, garantindo que ele possa desempenhar suas funções de maneira eficaz e sem desgaste excessivo. Além disso, é imprescindível garantir um ambiente de trabalho seguro, que favoreça a qualidade do atendimento.

Embora a saúde não tenha o poder de resolver a violência em uma cidade como o Rio de Janeiro, ela tem o papel de acolher os sofrimentos físicos e psicológicos gerados por esse agravo. A saúde deve ser capaz de lidar com o tema dentro de sua área de atuação. Discutir a violência e a forma de manejá-la, seja por meio da atenção primária, que realiza a notificação, ou pela vigilância, que dá seguimento ao processo, deve se tornar uma prática cotidiana dos profissionais de saúde.

A garantia de espaços de escuta, discussão e acolhimento dos profissionais responsáveis pelo manejo da violência é fundamental para que possamos avançar no combate a esse agravo dentro das possibilidades da saúde. Assim, será possível não apenas construir fichas de atendimento mais adequadas, mas também desenvolver fluxos de trabalho mais eficientes, o que, por sua vez, favorece uma maior adesão à vigilância desse problema.

A segurança no registro de notificações também é um fator crítico no contexto do Rio de Janeiro, onde as situações de violência frequentemente envolvem atores sociais influentes nas comunidades. Profissionais de saúde muitas vezes hesitam em relatar casos devido ao medo de represálias. Essa percepção equivocada de que a notificação em saúde tem caráter policial reflete a necessidade urgente de campanhas educativas voltadas aos profissionais, reforçando que a notificação é sigilosa e focada no monitoramento epidemiológico (Brasil, Ministério da Saúde, 2021).

Para superar essas barreiras, é fundamental a adoção de medidas práticas e inovadoras. A revisão das fichas de notificação, por exemplo, deve considerar a

inclusão de campos que capturem aspectos estruturais e sociais das violências, além das informações imediatas sobre a ocorrência. O desenvolvimento de plataformas mais intuitivas, integradas aos prontuários eletrônicos, também pode otimizar o processo de notificação, reduzindo a burocracia e os erros de preenchimento. Tais iniciativas devem ser acompanhadas de um esforço contínuo de capacitação dos profissionais, com treinamentos regulares que combinem abordagens teóricas e práticas (Assis; Avanci, 2020).

Outro ponto essencial é a criação de um sistema nacional integrado que permita o compartilhamento seguro e eficiente de informações entre os diferentes setores envolvidos. A interoperabilidade entre sistemas de saúde, assistência social e segurança pública poderia transformar a vigilância em saúde em um agente mais ativo na formulação de políticas públicas e na mobilização de recursos para as regiões mais afetadas (Souza; Minayo, 2018).

O papel da vigilância em saúde no enfrentamento das violências vai além da coleta de dados. Ela deve atuar como um agente transformador, promovendo análises detalhadas que orientem estratégias intersetoriais e articulando diferentes atores sociais na construção de soluções coletivas. Ao disseminar dados de forma acessível, a vigilância também pode mobilizar gestores, profissionais e a sociedade civil, fortalecendo a resposta à violência em todos os níveis.

O enfrentamento da violência, em suas diversas formas, é um desafio complexo e, embora sua ocorrência seja frequente, seu debate ainda é tratado de maneira superficial em muitas esferas. A saúde deve se aproximar desse tema de maneira contínua e integrada, reconhecendo que ele não pode, sob a bandeira da saúde, ser reduzido a campanhas esporádicas. A abordagem precisa ser abrangente e transformadora, com práticas concretas e eficazes para combater a violência em sua raiz.

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que o sistema de vigilância de violências no Município do Rio de Janeiro apresenta uma base organizacional sólida, marcada pelo compromisso com a utilização de tecnologias e pela articulação intersetorial. Esses aspectos, somados ao engajamento dos profissionais de saúde e à implementação de ferramentas como o SINAN e o Monitor Carioca, representam avanços significativos na vigilância das violências. Contudo, a eficácia desse sistema ainda enfrenta desafios significativos, como a subnotificação, a sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos e a insuficiência de recursos humanos dedicados exclusivamente ao manejo das notificações.

Para superar esses obstáculos, torna-se imprescindível o investimento na capacitação contínua dos profissionais de saúde, visando não apenas à qualificação técnica, mas também à sensibilização quanto à importância do registro completo e preciso das ocorrências. A revisão dos instrumentos de notificação, de forma a captar com maior acurácia a complexidade das situações de violência, também é essencial. Além disso, a alocação de recursos humanos adequados, incluindo técnicos especializados e dedicados exclusivamente ao processo de notificação, pode garantir maior eficiência e qualidade na coleta e análise dos dados.

A automação no processo de notificação, com a integração de sistemas tecnológicos aos prontuários eletrônicos, é uma medida estratégica que pode reduzir a sobrecarga dos profissionais e otimizar o fluxo de informações. Da mesma forma, a ampliação do uso de ferramentas como o Monitor Carioca, incluindo outros tipos de violência além da violência sexual contra crianças e adolescentes, permitirá um monitoramento mais abrangente e detalhado, fortalecendo a capacidade de resposta das políticas públicas.

A vigilância em saúde, nesse cenário, pode contribuir ainda mais ao atuar como agente integrador e catalisador das mudanças necessárias. O fortalecimento do sistema de vigilância deve incluir não apenas a coleta e análise de dados, mas também a disseminação dessas informações de maneira acessível, promovendo a conscientização entre gestores, profissionais e a sociedade civil. Além disso, a vigilância em saúde pode ser uma ferramenta essencial na avaliação das políticas implementadas, garantindo que as estratégias adotadas reflitam as necessidades

reais da população e promovam uma abordagem mais eficaz e integrada no enfrentamento das violências.

Como destacado por Garbin *et al.* (2015), a intersectorialidade desempenha um papel central no enfrentamento da violência. A articulação entre diferentes setores — saúde, assistência social, justiça, segurança pública e educação — permite uma abordagem mais integrada e eficaz, capaz de garantir tanto a proteção das vítimas quanto a promoção de suas necessidades. Nesse contexto, a construção de uma rede de enfrentamento às violências deve envolver não apenas instituições governamentais e não governamentais, mas também a comunidade, reconhecendo as redes sociais de apoio como parceiras essenciais na prevenção da violência e na garantia dos direitos.

Ademais, a definição de indicadores claros e mensuráveis para o acompanhamento das ações implementadas é crucial. Indicadores como o aumento da taxa de notificações completas, a redução do tempo médio de registro de dados e o crescimento na participação de profissionais capacitados podem servir como parâmetros objetivos para avaliar a efetividade das estratégias adotadas.

A efetividade das ações de enfrentamento às violências depende, em última análise, de um sistema de notificação que reflita fielmente a realidade das ocorrências. O fortalecimento desse sistema no Município do Rio de Janeiro é essencial para a promoção da saúde e para a construção de um ambiente social mais seguro e equitativo. Superar os desafios existentes e implementar medidas inovadoras são passos fundamentais para tratar a violência como um problema de saúde pública e assegurar que as vítimas tenham acesso aos serviços e à proteção necessários. Somente com esforços integrados e contínuos será possível transformar o sistema de vigilância em uma ferramenta efetiva para a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

SILVA, M. M. A. *et al.* Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 57-64, mar. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000100006>.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. *In: NJAINE, K. et al.(org.). Impactos da violência na saúde*. 4. ed. atual. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020. p. 77-105. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0006>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 309, de 08 de março de 2001*. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2001/resolucao-no-309.pdf/view>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 01 fev 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 05 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 10 ago. 1990. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4403.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 jul. 2011. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12461.htm. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2014. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13010-26-junho-2014-778958-publicacaooriginal-144449-pl.html>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como qualificadora do crime de homicídio. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 10 mar. 2015. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm#art11. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de análise do SINAN: violência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf. Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIVA: Instrutivo sobre a Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada*. 2. ed. Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS*. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/SEI_MS+-+0030501767+-+Nota+Técnica+%281%29.pdf/1047216f-6269-c026-02cd-30875049f997. Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Viva-Sinan: vigilância contínua*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/viva-sinan-vigilancia-continua>. Acesso em: 25 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIVA Inquérito*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/viva-inquerito>. Acesso em: 25 mar. 2025.

COMISSÃO BIPARTITE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Caderno de Indicadores Bipartite*. Rio de Janeiro: [s. n.], 2020. Disponível em: https://sistemmas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/pacto/Caderno_Indicadores_Bipartite_2020.pdf. Acesso em: 25 mar. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Intersetorial de Trauma e Violência. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/ciptv/index.html. Acesso em: 26 mar. 2024.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. de A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.

IPEA. *Atlas da Violência 2021: os municípios brasileiros e a violência*. Brasília: IPEA, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia>. Acesso em: 30 dez. 2024.

LIMA, C. M.; MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. M. A. Vigilância de violências e acidentes no Brasil. In: NJAINE, K. et al. (ed.). *A gestão em saúde na prevenção e atenção às situações de violência: impactos da violência na saúde*. 4. ed. atual. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020, p. 387-403. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080948>.

MINAYO, M. C. S. Um olhar sobre a violência social brasileira. *In*: MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 31-36. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807-00.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04962018.

MINAYO, M. C. S. *et al.* O impacto da violência na saúde pública. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 247-259, 2018. DOI: 10.1590/1980-5497201800020016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/article/view/19805497201800020003>. Acesso em: 15 jan. 2024.

MINAYO, M. C. S.; PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3701-3714, set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre a violência e a saúde*. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>. Acesso em: 15 jan. 2024.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. S25-S32, 1998. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000500011.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Paraná. *Portaria de Consolidação nº 2/2017: contratualização*. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf. Acesso em: 25 mar. 2024.

PINTOR, E. A. S.; GARBIN, A. D. C. Notificações de violência relacionadas ao trabalho e vigilância em saúde do trabalhador: rompendo a invisibilidade. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 44, 2019. DOI: 10.1590/2317-6369000006918.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Ato do Presidente. *Deliberação CES nº 233, de 11 de maio de 2021*. Pactuação Estadual das Metas dos Indicadores. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.cib.rj.gov.br/index.php/deliberacoes/1000-deliberacao-ces-n-233-pactuacao-estadual-das-metas-dos-indicadores/file.html>. Acesso em: 15 jan. 2024.