

Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018

Surveillance of violence in Rio Grande do Sul: an overview of the quality and quantity of information in the National Information System on Notifiable Diseases (SINAN) from 2014 to 2018

Vigilancia de la violencia en Rio Grande do Sul: un panorama de la calidad y cantidad de información en el Sistema Nacional de Información en Enfermedades de Notificación (SINAN) de 2014 a 2018

Maurício Polidoro

Instituto Federal do Rio Grande do Sul
Doutor em Geografia, Pós-Doutor em Saúde Coletiva.

Bruna Vargas Cunda

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Graduanda em Saúde Coletiva.

Daniel Canavese

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Doutor em Ciências da Saúde.

Resumo

Objetivo: analisar o padrão e a qualidade da informação relacionada à violência no estado do Rio Grande do Sul segundo a raça/cor, a identidade de gênero, a orientação sexual, a população em situação de rua e a população indígena. Método: estudo ecológico e descritivo dos casos notificados no SINAN entre 2014 e 2018 no estado do Rio Grande do Sul, que totalizou no período um registro de 104.797 casos de violência. Resultado: A completude dos dados tem sido gradativamente melhorada ao longo do quinquênio dentro das classes de excelente e bom. Os campos de orientação sexual e identidade de gênero, inseridos em 2014 na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada demandam aumento de qualificação. Conclusão: Percebe-se, mediante a análise das notificações no SINAN, que ainda há muito a se avançar para o aprimoramento da vigilância das violências, em especial na qualificação dos campos de orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência. Sugere-se a necessidade de expansão da notificação das violências em municípios silenciosos e na rede intersetorial e a ampliação da qualificação de profissionais de saúde na compreensão da violência como um problema de saúde e a importância de qualificar a ficha de notificação. É mister a melhoria da ficha e do instrutivo de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN e a sua adoção como estratégia para o fortalecimento do papel central do SUS no enfrentamento intersetorial e interseccional da violência.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Sistemas de Informação em Saúde, Notificação, Violência, Populações Vulneráveis.

Abstract

Objective: to analyze the pattern and quality of information related to violence in the state of Rio Grande do Sul according to race/color, gender identity, sexual orientation, the homeless population, and the indigenous population. Method: an ecological and descriptive study of the cases notified at SINAN between 2014 and 2018 in the state of Rio Grande do Sul, which totaled 104,797 cases of violence in the period. Result: The completeness of the data has been gradually improved over the five years within the classes of excellent and good. The fields of sexual orientation and gender identity, inserted in 2014 in the notification form for interpersonal and self-harm, demand an increase in qualification. Conclusion: It can be seen, through the analysis of the notifications in SINAN, that there is still much to be done to improve the surveillance of violence, especially in the qualification of the fields of sexual orientation, gender identity, and motivation of violence. It is suggested the need to expand the notification of violence in silent municipalities and in the inter-sectoral network and the expansion of the qualification of health professionals in understanding violence as a health problem and the importance of qualifying the notification form. It is necessary to improve the form and instructions for interpersonal and self-harm in SINAN and its adoption as a strategy to strengthen the central role of SUS in the inter-sectoral and intersectional confrontation of violence.

Keywords: Health Surveillance, Health Information Systems, Notification, Violence, Vulnerable Populations.

Introdução

A violência segundo a Organização Mundial da Saúde é “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande

Resumen

Objetivo: analizar el patrón y la calidad de la información relacionada con la violencia en el estado de Rio Grande do Sul según raza / color, identidad de género, orientación sexual, población sin hogar y población indígena. Método: estudio ecológico y descriptivo de los casos notificados al SINAN entre 2014 y 2018 en el estado de Rio Grande do Sul, que totalizaron 104.797 casos de violencia en el período. Resultado: la integridad de los datos se ha mejorado gradualmente durante los cinco años dentro de las categorías de excelente y bueno. Los campos de orientación sexual e identidad de género, insertados en 2014 en forma de notificación de autolesiones y autolesiones, demandan un incremento en la calificación. Conclusión: se puede apreciar, a través del análisis de las notificaciones en SINAN, que aún queda mucho por hacer para mejorar la vigilancia de la violencia, especialmente en la calificación de los campos de orientación sexual, identidad de género y motivación de la violencia. Se sugiere la necesidad de ampliar la notificación de violencia en los municipios silenciosos y en la red intersectorial y la ampliación de la calificación de los profesionales de la salud en la comprensión de la violencia como problema de salud y la importancia de calificar el formulario de notificación. Es necesario mejorar la forma e instrucciones para las autolesiones interpersonales y autolesivas en el SINAN y su adopción como estrategia para fortalecer el rol central del SUS en el enfrentamiento intersectorial e interseccional de la violencia.

Palabras clave: Vigilancia en Salud, Sistemas de Información en Salud, Notificación, Violencia, Poblaciones Vulnerables.

possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”¹. Polissêmica e complexa, a violência é um fenômeno social que se manifesta em diversos locais e de diferentes formas, embora

algumas populações estão mais vulneráveis do que as outras, constituindo-se como um determinante do processo saúde-doença.

Dada a sua complexidade, a violência pode se manifestar das seguintes formas: física, psicológica, sexual, moral, de privação e está presente em todas as classes sociais, no espaço público, privado, nas escolas, no trabalho, no trânsito e nos tantos outros diferentes contextos sociais². O sujeito que se encontra em uma situação de violência frequentemente sente medo, vergonha e/ou culpa, sendo de extrema importância a garantia dos direitos básicos, como a acolhida qualificada e segura, o acompanhamento e apoio social com a participação de coletivos profissionais competentes.

A notificação da violência interpessoal e autoprovocada está prevista em diversas normativas do Ministério da Saúde e faz parte da linha de cuidado e atenção das pessoas em situação de violência. Assim, em 2009, a notificação de acidentes e de violências passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), permitindo a acessibilidade e análise das informações, qualificando a vigilância em saúde. A fim de apoiar a notificação e o preenchimento da ficha de notificação o Ministério da Saúde indica o Instrutivo Viva³ com orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

De acordo com o Instrutivo Viva³, o objeto da notificação são os homens e as mulheres em

todos os ciclos de vida quando a violência é doméstica (intrafamiliar), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal, tortura e LGBTfobia. Nos demais casos como de violência comunitária (extrafamiliar) as notificações devem ocorrer somente quando contra as crianças, os adolescentes, as pessoas idosas, os(as) indígenas, as pessoas com deficiência e a população LGBT.

Salienta-se que a notificação é compulsória a todos os profissionais de saúde, gestores, auxiliares e responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de ensino e de saúde. No Código Penal Brasileiro (CPB)⁴ o crime de omissão de notificação de doença implica em pena de detenção e multa para o médico que deixar de notificar doença quando da compulsoriedade (art. 269 do CPB), sendo estendido aos demais profissionais. Adicionalmente, o profissional do serviço público que deixa de notificar ou deixa de realizar as perguntas obrigatórias para o preenchimento da ficha se enquadra no crime de prevaricação (art. 319 CPB). Importante, ainda, é mencionar que a ficha de notificação da violência no SINAN é, além do E-SUS, o único registro nos sistemas de informação em saúde do país que possui a coleta de dados de orientação sexual e identidade de gênero da população, atendendo os pressupostos das Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT e corroborando na compreensão que as múltiplas identidades contribuem para as situações de violência. Os

serviços da assistência social, do conselho tutelar e as instituições de ensino público e privado podem aderir ao sistema de vigilância de violências junto aos departamentos ou centros de Vigilância em Saúde dos municípios em todo o Brasil.

O profissional da rede ao preencher a ficha do SINAN não pode alegar a objeção de consciência, pois essa somente pode ser recorrida quando há a recusa de profissionais de saúde ao dever de assistência por razões morais⁵, sendo usada para justificar a não realização de algum procedimento médico, não se constitui, portanto, como superior a uma política pública. Diferentes profissionais ao interagirem com uma situação de violência podem acreditar que, ao preencherem a ficha de notificação (e não a de investigação como usualmente o fazem junto aos diferentes agravos inseridos no SINAN) podem estar suscetíveis a uma situação de risco ou perigo, por temor de possíveis envolvimento em situações judiciais após o preenchimento da ficha e o seu lançamento no sistema de vigilância, ou ainda, sofrer retaliações da família ou do(a) autor(a) da violência⁶. Entretanto, não há a obrigatoriedade de constatação do nome do profissional que preencheu a ficha no documento, possibilitando a completude da notificação em momento posterior, no departamento ou centro de Vigilância em Saúde do município. Esta situação pode apoiar sobremaneira em especial as instituições de ensino, que possuem previsão, na estrutura da ficha, de contribuir para o monitoramento das violências.

Neste contexto, este artigo analisa a qualidade dos dados sobre a notificação da violência interpessoal e/ou autoprovocada no estado do Rio Grande do Sul. Pretende-se investigar como os campos de sexo, raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero, marcadores importantes nas condições de saúde da população, são qualificados nas fichas de notificação, importantes instrumentos da vigilância epidemiológica no país.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico e descritivo que utiliza os dados referentes às notificações de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN no período de 2014 a 2018. Os campos de orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência foram inseridos apenas no segundo semestre de 2014, motivo pelo qual essa escolha metodológica temporal de análise. A obrigatoriedade do preenchimento do campo raça/cor é oriunda da Portaria do Ministério da Saúde 344 de 2017.

Os dados foram fornecidos pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS), onde ficam armazenadas as informações da ficha de notificação e investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do estado do Rio Grande do Sul. As variáveis selecionadas foram: “sexo” (campo 13), “raça/cor” (campo 15), “orientação sexual” (campo 36), “identidade de gênero” (campo 37) e “essa violência foi motivada por” (campo 55).

Para a avaliação da qualidade de completude das notificações foi utilizada a metodologia proposta por Barbosa et. al.⁷ com as seguintes classes: excelente (90% ou mais dos registros preenchidos); bom (70 a 89% dos registros preenchidos); regular (50 a 69% dos registros preenchidos); e ruim (0 a 49% dos registros preenchidos).

Todos os dados foram processados no SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* e, posteriormente, com o uso do código indexador dos municípios presentes no banco foram integrados a um banco de dados geográficos e os mapas foram elaborados no software ArcGIS 10, ambos licenciados pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Resultados

A qualidade dos dados foi representada pelo atributo completude mediante a avaliação de variáveis essenciais para a compreensão das situações de saúde através dos campos “sexo”, “raça/cor”, “orientação sexual”, “identidade de gênero” e “essa violência foi motivada por”. Estabeleceu-se o grau de preenchimento das variáveis conforme valores válidos e não válidos (“ignorado”, “vazio” ou “sem preenchimento”). O atributo foi classificado de acordo com a literatura científica existente⁷.

Nos anos de 2014 a 2018 foram notificados no SINAN do estado do Rio Grande do Sul 104.797 casos de violência interpessoal e autoprovocada, sendo que 17.197 casos

ocorreram em 2014, 18.175 casos em 2015, 18.017 casos em 2016, 23.089 casos em 2017 e 28.319 casos em 2018. Com relação ao campo “sexo” a completude foi de 100% em 2014 e 2015 e 99,98% em 2016, 2017 e 2018.

Referente ao quesito “raça/cor” a completude em 2014 foi de 95,5% (n=16.421), em 2015 foi 95,6% (n=17.389), em 2016 foram preenchidas 94% das fichas (n=16.937), em 2017 computou-se 92,8% (n=23.089 fichas) e 2018 94,3% (n=26.712), conforme os gráficos da Figura 1.

Em relação a completude do campo “orientação sexual”, em 2014 foram preenchidas 19,5% das fichas (n=3.355), em 2015 72,5% (n=13.184), em 2016 foram 70,8% (n=12.758 fichas) (70,8%), em 2017 foram 72,8% (n=16.808) e em 2018 foram 77,56% (n=20.903). O campo “identidade de gênero” atingiu em 2014 a completude em 18,9% das notificações (n=3.258), em 2015 em 70,9% (n=12.897), em 2016 em 68,7% (n=12.379 fichas), em 2017 em 69% (n=15.941) e 2018 em 73,01% (n=19.615). O campo “essa violência foi motivada por” a completude foi de 19,5% em 2014 (n=3.349 fichas), de 75% (n=13.633 fichas) em 2015, 61,9% (n=11.165) em 2016, 63,5% (n=14.633 fichas) em 2017 e 66,88% (n=17.879) em 2018.

Na figura 2 observa-se os municípios nas regiões de saúde que realizaram de 1 a 5 notificações de violência interpessoal e autoprovocada no período de 2014 a 2018. As regiões de saúde com maior número de municípios que pouco notificaram nesse

período são: a Região 16 – Alto Uruguai Gaúcho (6 municípios com baixo número de notificações; 5 municípios que nunca notificaram de um total 32 municípios que compõem a região); Região 9 – Carbonífera/Costa Doce (5 municípios com baixo número de notificações; 2 municípios que nunca notificaram de um total de 19 municípios que compõem a região); Região 11 – Sete Povos das Missões (4 municípios com baixo número de notificações; 2 municípios que nunca notificaram de um total 24 municípios que compõem a região); Região 4 – Belas Praias (3 municípios com baixo número de notificações; 2 municípios que nunca notificaram de um total 12 municípios que compõem a região). As regiões de saúde 27 – Jacuí Centro, 10 – Capital e Vale do Gravataí, 6 – Vale do Paranha e Costa Serra foram as únicas que tiveram a totalidade de municípios com notificação de violência interpessoal e autoprovocada de maneira contínua ao longo do período. A distribuição de municípios com baixo valor de notificações e os silenciosos, que nunca notificaram, se distribuem de forma homogênea ao longo do estado, embora a região norte tenha uma concentração expressiva dessa situação.

As notificações de violência interpessoal e autoprovocada se distribuem de forma homogênea e expressiva no Rio Grande do Sul. A concentração absoluta dessas notificações se dá especialmente na capital (n=15.970), em Caxias do Sul (n=6.807), Passo Fundo (n=5.175) e Uruguaiana (n=4.622). Também tiveram valores expressivos Canoas (n=3.498), Rio

Grande (n=3.158), Bento Gonçalves (n=2.876), Lageado (n=2.759), Santa Maria (n=2.571), Marau (n=2.410) e Ijuí (n=2.304).

Discussão

A análise da qualidade dos dados obtidos no SINAN permite o monitoramento das situações de violências interpessoal e autoprovocada e possibilita o mapeamento das populações em situação de vulnerabilidade, subsidiando o planejamento e a tomada de decisões, a definição de estratégias de ações de educação em saúde e torna o Sistema Único de Saúde mais eficiente e menos oneroso. A qualidade depende de fatores internos como a qualidade do programa de computador e a capacitação dos profissionais envolvidos e os externos como a assistência à saúde da população⁸. Dessa forma, a completude é uma importante forma de avaliar o desempenho do sistema para sinalizar melhorias do Sistema de Vigilância em Saúde Pública para que seja verificada sua qualidade⁸.

Em relação ao campo “raça/cor”, o Instrutivo Viva³ orienta o preenchimento com o “quadrículo com o código correspondente, à cor da pele, à raça ou à etnia declarada pela pessoa atendida/vítima”, podendo ser branca, preta, amarela, parda ou indígena. A coleta desse quesito é de extrema importância, pois identificar o indivíduo envolve o trato com informações relevantes a respeito de como nascem, crescem, vivem e morrem⁹. Essas informações estão intimamente ligadas à identidade racial, tendo maior vulnerabilidade a

população negra (pretos e pardos) e os indígenas, a considerar o histórico colonial brasileiro^{10,11}.

O reconhecimento da importância do preenchimento da raça/cor em todos os instrumentos de coletas de dados adotados pelos serviços de saúde é essencial para expor as inequidades produzidas historicamente pela escravidão e mantidas pela supremacia branca. Referente à completude, percebe-se que a informação é excelente por atingir mais de 90% de validade no período analisado. Embora a raça/cor seja auto declaratória, não é incomum situações onde os profissionais de saúde não realizam o questionamento por constrangimento ou simplesmente atribuem a raça/cor percebida.

O campo “orientação sexual” (*heterossexual, homossexual, bissexual e não se aplica*) e “identidade de gênero” (*Travesti, mulher transexual, homem transexual e não se aplica*), também auto declaratórios, assumem importância mister na compreensão do processo de saúde-doença e do estabelecimento das linhas de cuidado específicas para esta população na busca da equidade. As práticas de violência perpetradas contra as pessoas LGBT foi apenas recentemente equiparada ao crime de racismo por decisão do Supremo Tribunal Federal, mas não possui respaldo legal, ou seja, ainda pode ser revogada através de movimento do Legislativo. A percepção de alguns profissionais de saúde de que orientação sexual é uma questão do âmbito privado e não se relaciona

com a saúde dos indivíduos ou as concepções enviesadas de cunho moral-religioso corroboram com a perpetuação da invisibilidade de LGBT. O nome social, uma importante conquista do movimento travesti e de pessoas trans, quando não respeitado pelo profissional de saúde podem agravar as condições de saúde das pessoas expostas além de criar barreiras futuras de acesso aos serviços.

No período de 2014 a 2017 no Rio Grande do Sul a violência autoprovocada foi de 9,8% entre os indígenas, 15% entre os negros (pretos e pardos) e 36% entre os LGBT⁹. As informações sobre LGBT no Brasil são majoritariamente produzidas por associações e instituições acadêmicas e não-governamentais, como as ligadas ao movimento LGBT, com destaque para o Grupo Gay da Bahia, a Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil (RedeTrans) e a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), que coleta registros de mortes veiculadas na mídia e nas redes sociais¹². Segundo Rios “Há bastante tempo homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais sofrem agressões físicas e morais intensas: assassinatos, espancamentos, ofensas verbais, demissões de emprego e exclusão escolar são vergonhosamente frequentes e terríveis. Essa dinâmica é alimentada, direta e indiretamente, por opiniões intolerantes e atitudes frente a tudo o que contrarie a mentalidade heterossexista”¹³. Atualmente, a denominação das violências sofridas por LGBT é a homofobia (quando contra gays), lesbofobia (quando contra

lésbicas), bifobia (quando contra pessoas bissexuais) e transfobia (quando contra transexuais e travestis). O SINAN, em consonância com os preceitos da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT¹⁴ passou a contemplar, para fins de aprimoramento do sistema de vigilância em saúde, a inserção de variáveis relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero a partir de 2014, com a o que possibilitou relacionar os casos notificados às situações de homo/lesbo/trans/bifobia e a característica geral da violência perpetrada pelos autodeclarados LGBT.

O campo motivação da violência é o único da ficha em que podemos identificar quando a vítima é uma pessoa em situação de rua, a qual é compreendida como o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória¹⁵. Uma das dificuldades que a população em situação de rua enfrenta no exercício da cidadania é a de obter registro nos sistemas públicos em função da falta de endereço e, circunstancialmente, de documentos formais de identificação. Esse problema pode ser sanado ao inserir como endereço o serviço da rede socioassistencial que a pessoa tenha como referência ou, na

ausência deste, o endereço da instituição de acolhimento indicada¹⁶.

Os mapas permitem identificar as regiões de saúde e os municípios do Rio Grande do Sul onde a vigilância das violências deve ser implantada, expandida e aprimorada, sinalizando para a contribuição mais expressiva das notificações em seus valores absolutos nas cidades de porte médio e de relevância regional. Os mapas podem subsidiar o planejamento das capacitações da CEVS e de ações de educação em saúde dos agentes locais para a compreensão da violência como problema de saúde pública. A vigilância em saúde do agravo de violência interpessoal e autoprovocada pode ser otimizada com a adoção de estratégias de educação massiva à distância como os *Massive Open On-line Courses* (MOOC). O uso destas metodologias podem ser adaptadas às rotinas de qualificação dos profissionais, também da rede intersectorial, como mostra as experiências bem sucedidas do uso dessas ferramentas na saúde^{17,18}.

Conclusão

Os resultados indicam a urgente demanda de aprimorar o processo de vigilância em saúde e, através das ações de educação em saúde, proporcionar a qualificação de trabalhadores(as) do SUS e dos(as) usuários(as) do sistema no intuito de reduzir as inequidades existentes nas intersecções que constituem os sujeitos como o gênero, a raça/etnia e a orientação sexual.

A busca da integralidade deve perpassar por uma série de mudanças no *modus operandi* dos serviços de saúde e da rede intersetorial que inclui a abertura para a complexidade da vida social para além do padrão heteronormativo. O reconhecimento do racismo estrutural e os seus desdobramentos no nascer, no viver e no morrer da população deve levar a uma mudança de comportamento e paradigma, consolidando os direitos civis básicos e a construção de cidadania.

Ressalta-se a importância de manutenção da ficha de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN e a melhoria da sua estrutura em relação ao campo de identidade de gênero, que não possui a opção “cisgênero”, considerando os indivíduos que possuem uma identificação de gênero apenas quando são travestis e pessoas trans. O instrutivo de preenchimento da motivação da violência que inclui conceitos difusos (sobretudo “sexismo” e “LGBTfobia”) precisa ser melhorado de forma a reduzir a escolha da opção “outros”, tornando a compreensão das motivações de violência no país mais nítidas.

Por fim, os mapas, quando associados a rotina da vigilância em saúde podem apoiar no direcionamento de esforços para a capacitação das coordenadorias regionais de saúde em temas como a vigilância das violências. Municípios silenciosos ou com baixa adesão ao SINAN (ou seja, com baixo número de notificações) devem ser incorporados no planejamento de ações de qualificação e educação em saúde, visibilizando o fenômeno da violência e permitindo a definição de estratégias intersetoriais de enfrentamento.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul pelo fomento ao projeto “Análise e avaliação das situações de violência no estado do Rio Grande do Sul segundo raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS”, chamada FAPERGS/MS/CNPq/SES-RS n. 03/2017 – PPSUS. Os autores agradecem adicionalmente ao Centro de Vigilância em Saúde (CEVS) do estado do Rio Grande do Sul pela concessão dos dados.

Referências

- ¹ KRUG EG, DAHLBERG LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- ² PALHARES, MFS, SCHWARTZ, GM. Não é só a torcida organizada: o que os torcedores organizados têm a dizer sobre a violência no futebol? São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2015.
- ³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: Instrutivo Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília: 2015.
- ⁴ BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília: 1940.
- ⁵ DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2013; 29(9): 1704-1706.

- ⁶ LIMA, JS; DESLANDES, SF. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24; 661-673.
- ⁷ BARBOSA, JR, BARRADO JCS, ZARA ALSA, SIQUEIRA JB. Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24; 49-58.
- ⁸ World Health Organization. *Communicable disease surveillance and response systems: guide to monitoring and evaluating*. Geneva: World Health Organization; 2006.
- ⁹ CANAVESE, D; POLIDORO, M. Situação da violência contra as populações negra, LGBT, indígena e em situação de rua no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil panorama situacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2017 [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2018; 63p. Disponível em <<https://www.cevs.rs.gov.br/violencia>>
- ¹⁰ SANTOS ABS, COELHO TCB, ARAÚJO EM. Identificação racial e a produção da informação em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2013, 17(45): 341-356.
- ¹¹ KABAD, JF, BASTOS JL, SANTOS RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(3): 895-918.
- ¹² CARRARA, S. Discrimination, policies, and sexual rights in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; , jan. 2012; 28(1); 184-189.
- ¹³ RIOS, RR. Direitos sexuais: orientação sexual e identidade de gênero no direito brasileiro. In: BORRILLO D. *Direitos sexuais e direitos de família em perspectiva queer*. Porto Alegre: Editora da UFCSPA; 2018.
- ¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 2013.
- ¹⁵ BRASIL, Decreto nº 7.053. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: 2009.
- ¹⁶ BRASIL. Portaria nº 177. Define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, revoga a Portaria nº 376, de 16 de outubro de 2008, e dá outras providências. Brasília: 2011.
- ¹⁷ ZHOU T, HUANG, S, CHENG J, XIAO Y. The Distance Teaching Practice of Combined Mode of Massive Open Online Course Micro-Video for Interns in Emergency Department During the COVID-19 Epidemic Period. *Telemedicine and e-Health*. 2020; 26:5584-588.
- ¹⁸ CANAVESE D, MOTTA I, MARINHO A, RODRIGUES J, BENICIO LA, SIGNORELLI MC, MORETTI-PIRES O, SANTOS MB, POLIDORO M. Health and Sexual Rights: Design, Development, and Assessment of the Massive Open Online Course on Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex Health Promotion in Brazil. *Telemedicine and e-Health*. 2020; 1:1-7.

Figura 1. Completude dos campos sexo, raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência na ficha de notificação da violência interpessoal e autoprovocada, de 2014 a 2018, no Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

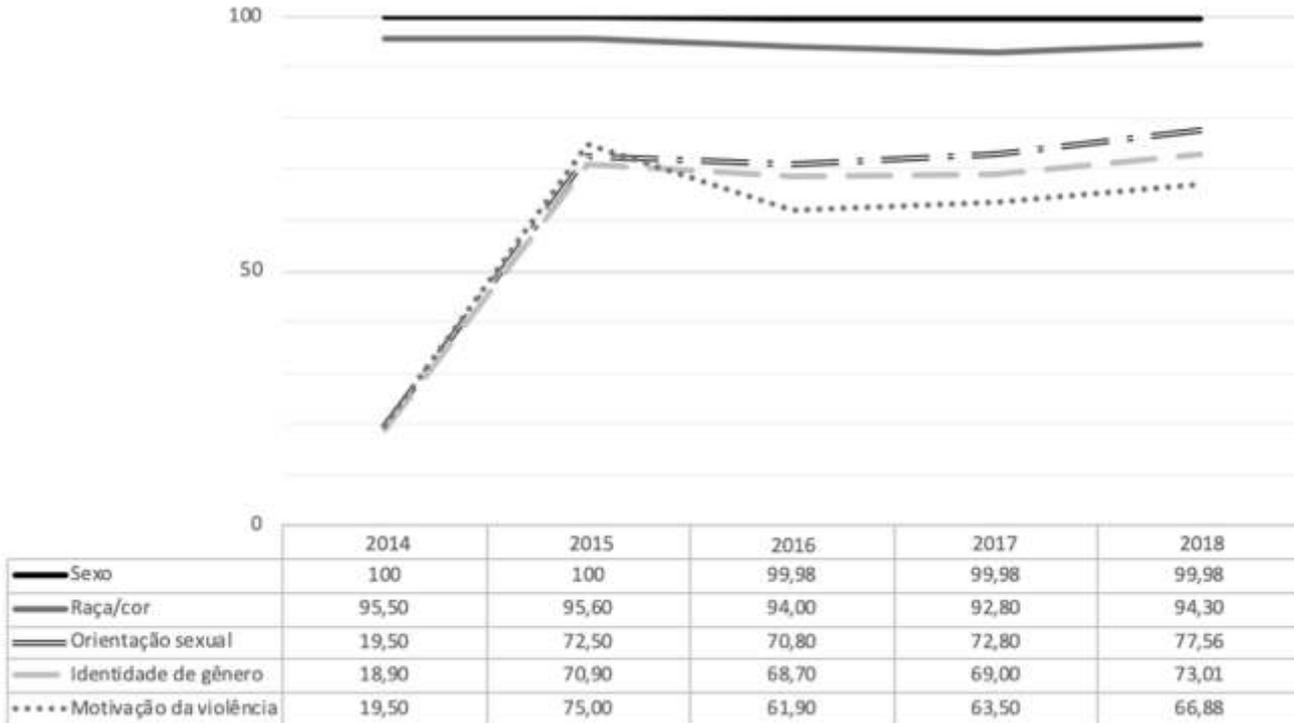


Figura 2. Municípios que realizaram de 1 a 5 notificações no período de 2014 a 2018.

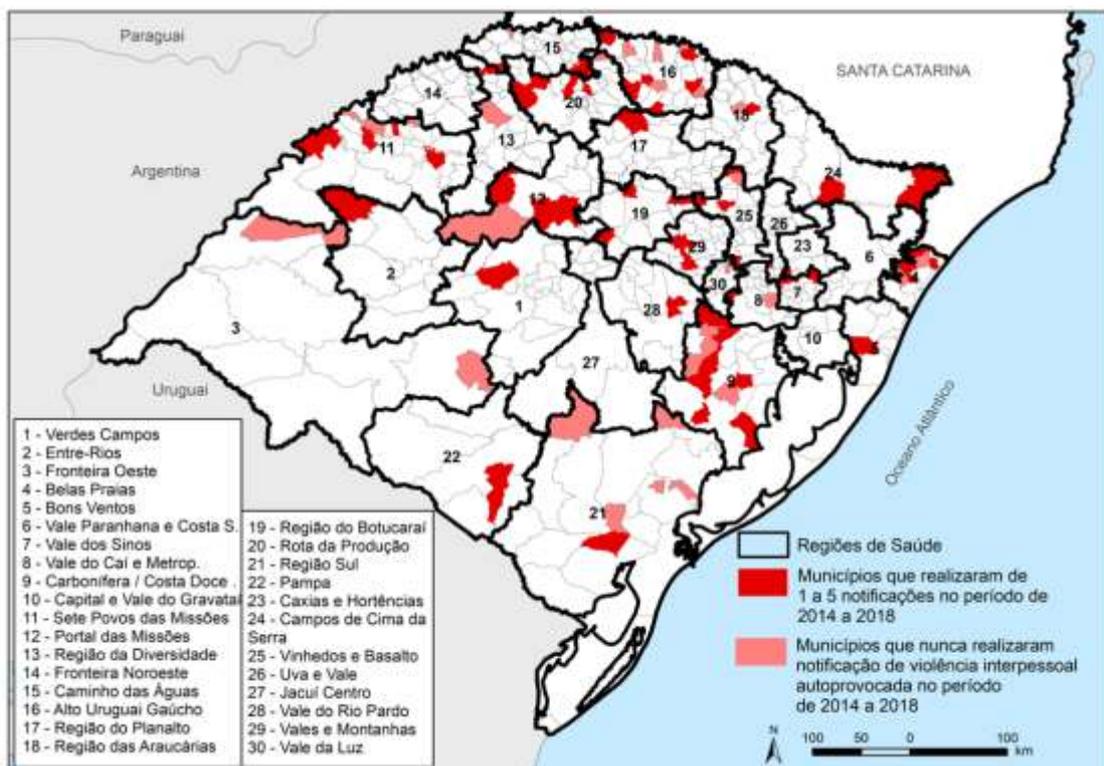
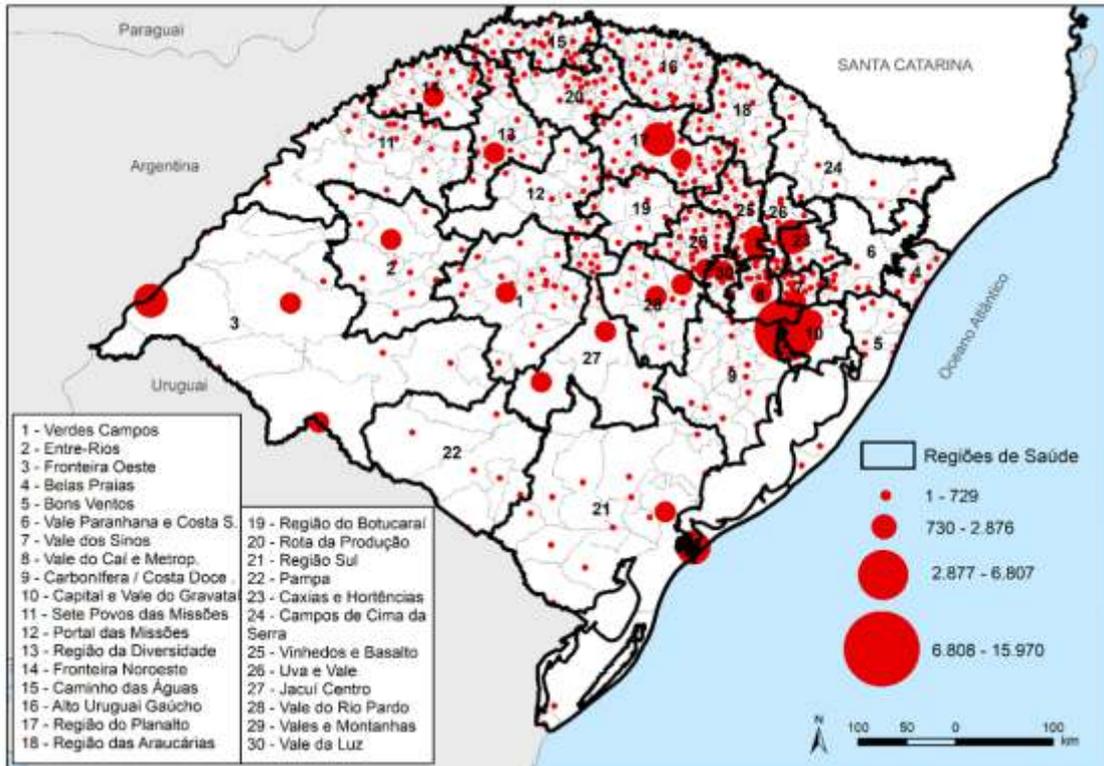


Figura 3. Total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada, de 2015 a 2018.



Submissão: 05/05/2019

Aceite: 10/08/2020